

21

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1903

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 11 novembre 1903, à 1 heure

PAR

Eugène OLLIVIER

ETUDE SUR LA

VAGINALITE AIGUË
BLENNORRHAGIQUE

Président : M. TERRIER, professeur

Juges : MM. GARIEL, professeur

WALTHER et DESGREZ, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

H. JOUVE

15, rue Racine, 15

1903

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. DEBOVE.
Professeurs		MM.
Anatomie.....		P. POIRIER
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD
Pathologie médicale.....	}	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....		BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....		BERGER.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		GILBERT.
Médecine légale.....		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL
Pathologie expérimentale et comparée.....		DEJERINE.
		CHANTEMESSE.
		HAYEM.
Clinique médicale.....	}	DIEULAFOY.
		DEBOVE.
		LANDOUZY.
		GRANCHER.
Maladie des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux.....		TERRIER.
Clinique chirurgicale.....	}	DUPLAY.
		LE DENTU.
		TILLAX.
Clinique ophtalmologique.....		DE LAPPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique d'accouchements.....	}	BUDIN.
Clinique gynécologique.....		PINARD.
Clinique chirurgicale infantile.....		POZZI.
		KIRMISSON.

Agrévés en exercice.

MM.			
ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA	LEPAGE	THIERY
BESANÇON	TOURETTE	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOSSET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (Aug.).	GOUGET	MERY	VAQUEZ
BROCA (André)	GUIART	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	HARTMANN	REMY	WALTHER
CUNEO	JEANSELME	RENON	WIDAL
DEMELIN	LANGLOIS	RICHAUD	WURTZ
DESGREZ	LAUNOIS	RIEFFEL (chef.	
DUPRE	LEGRY	des travaux anat.)	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIER

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine

Membre de l'Académie de médecine

Commandeur de la Légion d'honneur

Un certain nombre de malades traités pour épидимite blennorrhagique à l'hôpital Cochin-Annexe, dans le service de M. Alex. Renault, ayant présenté de l'hydrocèle symptomatique, M. Mathieu, Interne des Hôpitaux, nous signala ces faits et nous décidâmes de prendre la vaginalite aiguë blennorrhagique pour sujet de thèse.

Notre excellent ami Mathieu nous a facilité notre tâche ; nous gardons le meilleur souvenir de son concours dévoué et sommes heureux de l'occasion qui nous est offerte de lui témoigner notre estime et notre sympathie.

M. le D^r Auscher, ancien chef de clinique de la Faculté, a bien voulu guider nos premiers pas dans l'art de la cytoscopie. Il nous a prodigué ses conseils jusqu'à l'accomplissement de nos recherches ; nous l'en remercions sincèrement.

Grâce à la bienveillance obligeante de M. le D^r Alex. Renault, médecin de l'hôpital Cochin-Annexe, nous avons pu aborder avec fruit la partie clinique de notre étude et entreprendre nos examens cytologiques : il nous a libéralement ouvert les portes de son service et de son laboratoire. Nous lui en exprimons toute notre gratitude.

Que M. le Professeur Terrier veuille bien recevoir ici nos plus respectueux remerciements pour le très grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

ETUDE SUR

LA VAGINALITE AIGÜE

BLENNORRHAGIQUE

HISTORIQUE

Les auteurs ont été longtemps divisés sur le siège exact de l'inflammation dans l'orchi-épididymite blennorrhagique. Tandis que quelques-uns tenaient pour l'épididyme, le plus grand nombre pour le testicule, aucun ne signalait la participation à la phlegmasie de la tunique vaginale, aucun ne faisait mention de l'épanchement qui se produit assez souvent dans cette séreuse.

Peut-être J.-L. Petit (1674-1750) est-il le premier qui discerna la vaginalite séreuse blennorrhagique, et encore semble-t-il ne la considérer que comme un phénomène tardif. Parlant des signes des différentes

hydrocèles, il écrit : « enfin la transparence ne peut se trouver... lorsque le fluide renfermé est sanieux et que le kyste est épais, ce qui arrive lorsque l'hydrocèle a été précédée d'une inflammation considérable, comme dans ce qu'on appelle *Chaude Pisse tombée dans les Bourses* » (1).

Percival Pott (1777) cite l'observation d'un malade atteint de *hernie humorale* (terme le plus souvent employé à cette époque pour désigner l'épididymite blennorrhagique), auquel « un praticien du voisinage ayant senti une fluctuation, fit une ouverture d'où sortit une petite quantité de sérosité sanguinolente » (2).

J. Hunter (1786) déclare avoir vu dans une autopsie des adhérences entre la tunique albuginée et la tunique vaginale, adhérences qui, pour lui, n'étaient dues qu'à l'état inflammatoire du testicule. Il croyait d'ailleurs que, dans la hernie humorale, la tuméfaction était uniquement et toujours causée par l'augmentation de volume de la glande (3).

Pour Swediaur, au contraire, l'inflammation

1. J.-L. Petit. *Œuvres complètes* (Bibliothèque chirurgicale). Paris 1837, p. 726.

2. *Œuvres chirurgicales* de Percival Pott, Traduction de M... Paris 1777, p. 94.

3. J. L. Hunter. *Traité de la maladie vénérienne*. Traduction Richelot, 3^e édition, 1859, p. 91.

atteint surtout l'épididyme ; mais cet auteur ne fait point mention de la vaginalite (1).

Benjamin Bell a observé l'hydrocèle consécutive : « La tumeur permanente de l'épididyme, écrit-il, n'est pas seulement comme je l'ai déjà remarqué, un effet très ordinaire de l'inflammation des testicules ; j'ai vu plusieurs fois l'hydrocèle évidemment produit par la même cause » (2).

C'est à Monteggia (1804) que l'on doit la première autopsie d'orchi-épididymite blennorrhagique. Cet auteur constata que « la vaginale pariétale et la tunique albuginée étaient soudées sur une grande étendue. Là où existait encore entre ces membranes enflammées et épaissies un reste de cavité vaginale, on trouvait dans les parties déclives un liquide jaune, purulent » (3).

En 1826, Gendrin fit paraître sa remarquable *Histoire anatomique des Inflammations*. Tout en déclarant qu'il n'a jamais pu voir l'inflammation aiguë de la tunique vaginale sur le cadavre, il écrit que, dans certains cas d'Orchite « la tumeur est surtout produite.... par l'épanchement de sérosité qui s'o-

1. Swediaur. *Traité complet des maladies vénériennes ou syphilitiques*, 5^e édition, 1805, p. 108.

2. Benjamin Bell. *Traité de la gonorrhée virulente et de la maladie vénérienne*. Trad. Bosquillon, t. II, p. 434.

3. Monteggia cité par Finger in *La blennorrhagie et ses complications*, traduction Hogge 1894, p. 280.

père dans la cavité séreuse et nullement par le gonflement du testicule qui reste étranger à l'inflammation (1) ». Il ajoute que, tant que l'inflammation est modérée, le fluide exhalé est aussitôt résorbé et l'on ne trouve point de traces d'épanchement. Il reconnaît la nature phlegmasique de cet épanchement, signale la formation des fausses membranes et s'appuie sur des raisons anatomiques pour expliquer le retentissement plus facile sur la séreuse des lésions épидидymaires que des lésions de la glande génitale elle-même.

Le *Mémoire sur l'orchite blennorrhagique* de Gaussail (2) fit faire un grand pas à la question, tant au point de vue anatomo-pathologique qu'au point de vue clinique. Gaussail eut en effet l'occasion de faire trois autopsies de malades atteints d'orchite-épидидymite et morts de maladie intercurrente ; il put dans ces trois cas constater les lésions de la vaginale. Aussi écrit-il : « tout porte à penser que dans les cas d'orchite, la tunique vaginale enflammée secrète une plus grande quantité de sérosité... Cet épanchement se dissipe le plus souvent avec les autres symptômes de la maladie, mais il peut persister et alors on peut s'assurer de son existence, soit par le toucher, soit par l'inspection à l'aide d'une lumière artificielle. » Il constata d'ailleurs sur

1. *Loc. cit.* tome 1^{er} p. 70 et 144.

2. *Archives gén. de Médecine* 1831, tome XXVII p. 199.

le vivant sept cas d'accumulation de sérosité peu abondante et qui se résorba rapidement. Ses conclusions cependant, ne laissent pas que d'étonner. Quoique n'ayant jamais vu dans ses autopsies le testicule présenter des lésions, il n'hésite pas cependant à croire qu'il est la localisation principale de la phlegmasie dans la maladie qui fait le sujet de son Mémoire.

Enfin Rochoux vint, qui publia en 1833 son subversif article « *Du siège et de la nature de la maladie improprement appelée orchite blennorrhagique ou Testicule Vénérien* » (1). Avant Rochoux, la vaginalite n'était rien, pour lui elle doit être tout. S'appuyant sur les autopsies de Gaussail et sur ce fait que l'albuginée, tunique fibreuse très dense et fort épaisse, ne saurait se laisser distendre brusquement, il déclare que l'inflammation de la vaginale est le phénomène primordial et que la maladie attribuée à l'engorgement inflammatoire du testicule ne tient qu'à la sécrétion abondante de liquide qui s'opère dans la membrane séreuse. Il préfère substituer aux termes impropres donnés à cette affection celui de *vaginalite aiguë*.

Certes, les conclusions de Rochoux étaient exagérées, étaient fausses. Du moins, cet auteur a-t-il eu le mérite d'appeler l'attention sur une complica-

1. *Arch. Gén. de Méd.* 1833, 2^e série, tome II, p. 51.

tion fréquente, méconnue jusqu'alors, de l'orchio-épididymite blennorrhagique.

Vers la même époque, Astley Cooper écrivait : « Un épanchement de sérosité dans la tunique vaginale est un effet fréquent de l'inflammation du testicule. Mais cette espèce d'hydrocèle se résorbe à mesure que les symptômes inflammatoires disparaissent » (1). Il signale que, consécutivement à cette hydrocèle aiguë, on voit parfois survenir soit des adhérences, soit un épaississement de la vaginale.

Velpeau (2) voulut contrôler les affirmations de Rochoux et ponctionna plus de cent malades. Il acquit ainsi la certitude que, dans la moitié des cas au moins, il existe un épanchement plus ou moins considérable. Mais, pour lui, cette sérosité n'est jamais de nature inflammatoire et la vaginalite séreuse n'est qu'un épiphénomène de peu d'importance, une simple hydropisie passive, se produisant par stase veineuse. Il n'y aurait inflammation de la séreuse que dans les cas, très rares, de passage à la suppuration.

Dans la séance du 20 février 1838, à l'Académie de Médecine (3) le débat s'ouvrit sur cette question. Velpeau et Rochoux se firent des concessions réci-

(1) Astley Cooper : *Œuvres Chirurgicales*. Traduction Chassaignac et Richelot. 1835, p. 431.

(2) *Presse Médicale*, 13 mars 1837.

(3) *Bulletin de l'Ac. de Médecine*, 1837-38, tome II, p. 506

proques, ce dernier reconnaissant que le point de départ de l'inflammation est l'épididyme.

Ricord (1) et Vidal (de Cassis) (2) partagent l'opinion de Velpeau sur la nature non inflammatoire du liquide épanché dans la vaginale, réservant le mot de vaginalite pour les cas où l'hydrocèle aiguë suppure. Aussi Melchior Robert, élève de Ricord, pouvait-il écrire : « la vaginalite est une affection fort rare ; pour ma part, je ne l'ai observée qu'une fois au Midi, chez un varioleux. » (3)

Curling (4) fut le premier à envisager la question comme on la comprend à l'heure actuelle. Pour lui, dans l'orchite blennorrhagique, l'épididyme est atteint le premier et constamment atteint ; la vaginale participe pour ainsi dire toujours à l'inflammation. Il s'élève contre l'autorité d'Astley Cooper et regarde comme une exception la coexistence d'altérations du testicule. Il établit nettement la nature inflammatoire du liquide épanché dans lequel il signale la présence constante de fibrine.

Son traducteur, Gosselin partage son opinion et déclare que, lorsque l'épanchement n'a pas eu lieu,

(1) Notes et Additions à la Traduction du *Traité de la Maladie Vénérienne* de J. Hunter, p. 95.

(2) *Traité de Pathologie Externe*, 1846, tome V, p. 451.

(3) *Nouveau Traité des Maladies Vénériennes*, 1861, p. 217.

(4) *Traité Pratique des Maladies du Testicule*. Traduction Gosselin, 1857, p. 277.

c'est que la vaginalite est restée à l'état congestif ou hypérémique.

C'est l'opinion à peu près unanimement acceptée aujourd'hui : la vaginale subit la loi commune à toutes les séreuses, qui participent toujours plus ou moins aux altérations des organes qu'elles enveloppent. Donc toute épididymite blennorrhagique s'accompagnera d'une vaginalite qui sera plastique ou séreuse, la suppuration étant exceptionnelle.

Les travaux les plus récents sur les vaginalites sont dus à Fournier, Monod, Terrillon, Schwartz, Reclus, Sébilleau. Nous aurons souvent l'occasion de retrouver ces auteurs dans le cours de notre travail.

Au point de vue bactériologique, nous ne citerons que Eraud et Hugounenq à qui l'on doit la description de l'orchiocoque.

Le cyto-diagnostic du liquide épanché dans la vaginalite séreuse blennorrhagique a été fait par Widal et Ravaut, Dopter et Tanton.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Bien que la vaginalite ne soit cliniquement appréciable que lorsque le liquide épanché atteint au moins vingt à vingt-cinq grammes, on admet aujourd'hui, ainsi que nous le disions dans le précédent chapitre que la séreuse participe toujours plus ou moins à l'inflammation de l'épididyme.

L'épididymo-vaginalite blennorrhagique est une affection fréquente. Sur 1008 cas de complications diverses de la blennorrhagie observés à l'Antiquaille en six années, Augagneur et Mollière (1) rapportent qu'elle compte pour 584. D'après Fournier, elle se produit dans un neuvième ou un huitième des cas d'urétrite gonococcique.

Les statistiques diffèrent selon qu'il s'agit de la clientèle hospitalière ou de la clientèle privée. Dans le premier cas, les auteurs signalent cette complication comme existant environ 12 à 30 fois pour cent. La clientèle privée n'en fournit que de 7 à 13 cas pour

1. Article Testicule du *Dict. Encycl. des Sciences Médicales*, tome XVI, 1886.

cent. Cette différence s'explique aisément si l'on songe qu'un très grand nombre de blennorrhagies non compliquées ne sont pas vues à la consultation gratuite et que, d'un autre côté, les malades de la classe riche peuvent se ménager davantage et se moins exposer aux fatigues et traumatismes qui, dans certains cas, doivent favoriser l'extension de l'inflammation à l'appareil génital.

Tout le monde est d'accord pour reconnaître que cette complication apparaît le plus fréquemment vers la quatrième et la cinquième semaine de la blennorrhagie. L'explication de ce fait est bien simple et les auteurs du commencement du siècle dernier savaient déjà que l'épididymite ne s'observe que lorsque l'infection blennorrhagique s'est propagée aux parties profondes de l'urèthre.

Cependant De Castelnau (1) et Bergh (2) (1884) ont chacun vu deux cas où l'épididymite précéda l'écoulement. Mais il est probable qu'il s'agissait de malades porteurs d'uréthrite chronique ayant subi une poussée aiguë. Le passage à l'état chronique de la blennorrhagie ne met pas d'ailleurs à l'abri de la complication génitale. Au cours de la goutte militaire, il n'est pas rare d'observer l'épididymo-vagi-

(1) Cité par Jullien, in, *Traité des mal. Vénériennes* p. 119.

(2) Cité par Finger, in, *La blennorrhagie et ses complications*, Traduction Hogge, 1894, p. 268.

nalite blennorrhagique et l'on cite des cas qui se sont produits après la septième année. C'est aux faits de ce genre qu'Augagneur donne le nom de « testicule blennorrhagique tardif (1) ».

Les auteurs du commencement du XIX^e siècle furent divisés sur la question de savoir de quel côté l'orchite était la plus fréquente. La plupart d'entre eux, s'appuyant sur un trop petit nombre de faits, trouvaient généralement une proportion inégale d'orchites droites et de gauches : ils expliquaient leurs résultats par quelque théorie plus ou moins ingénieuse.

Ainsi Ricord, dont la statistique donnait une prédominance à gauche, trouvait tout naturel qu'il en fût ainsi : « Cette différence de fréquence entre les deux côtés paraissait être précisément en rapport avec la position que les malades donnent à leur scrotum, relativement à la couture du pantalon : ceux qui portent à gauche, et ce sont les plus nombreux, sont affectés du côté gauche et *vice-versa* de telle façon que c'est l'organe qui n'est pas soutenu par le pantalon qui devient le plus aisément malade. » (2)

Il est vrai que Desruelles (3), à qui sa pratique fit croire à la proportion inverse, s'appuyait lui aussi

1. *Loc. cit.*

2. *loc. cit.*, p. 96.

3. *Traité Pratique des Maladies Vénériennes*, 1836, p. 558.

sur cette position des bourses par rapport à la couture du pantalon pour affirmer que le testicule droit, se trouvant ainsi placé au devant du gauche, et par conséquent, plus exposé à l'action des causes extérieures, devait être le plus souvent atteint.

Si, laissant de côté les séries heureuses qui font pencher la plus grande fréquence tantôt à droite, tantôt à gauche, on s'appuie sur des statistiques embrassant un grand nombre de faits ou, mieux encore, sur l'ensemble des statistiques, on voit que l'inflammation frappe avec une égale fréquence les deux testicules. Nous avons réuni dans le tableau ci-dessous les diverses statistiques que nous avons pu recueillir dans la littérature médicale :

AUTEURS	COTÉ DROIT	COTÉ GAUCHE	DOUBLES	TOTAUX
Curling	78	49	11	138
Gaussail	44	25	4	73
Velpeau	24	24	0	48
D'Espine	12	11	6	29
Aubry	40	52	7	99
De Castelnau	125	133	7	265
Sigmund	60	48	6	114
Fournier	102	126	35	263
Turati	191	192	25	408
Le Fort	249	200	41	490
Ramorino	29	37	0	66
Gamberini	15	10	3	28

Zeissel	36	33	7	76
Breda	64	53	4	121
Jullien	167	182	33	382
Kuhn	70	67	12	149
Unterberger	35	25	5	65
Finger	275	251	22	548
Hardy	96	90	40	226
	1712	1608	268	3588

Dans le service de M. Alex. Renault à l'hôpital Cochin-Annexe, il est entré du 28 avril au 16 octobre 1903, 220 malades atteints d'épididymite blennorrhagique ; sur 107, l'affection siégeait à droite, sur 105 à gauche, sur 8 elle était double.

D'après notre statistique, l'épididymo-vaginalite serait donc bilatérale une fois sur 27 cas. Ce chiffre cadre bien avec celui de Hardy (1), pour qui cette variété se présente dans la proportion de une sur trente.

Nous n'avons pas à parler ici de la pathogénie de l'orchi-épididymite et à rappeler ces vieilles théories de la métastase, de la sympathie et de la rétention du sperme dans les voies séminales, qui, depuis l'avènement des doctrines microbiennes, ne présentent plus qu'un intérêt historique. Nous devons seulement nous demander pourquoi les lésions de l'épididyme retentissent si facilement sur la séreuse qui

1. *Loc. cit.*

Ollivier.

2.

la revêt et par quel mécanisme se fait la propagation de l'inflammation.

La connaissance de la disposition anatomique de la tunique vaginale est nécessaire pour bien comprendre ses rapports étroits avec l'épididyme. Le feuillet pariétal de la séreuse ne présente aucune particularité digne de remarque. Le feuillet viscéral revêt la face interne, le bord antéro-inférieur et la face externe du testicule dans toute leur étendue. Mais, arrivé vers son bord postéro-supérieur, il se comporte différemment suivant qu'on l'examine à la face externe ou à la face interne. Sur celle-ci, sa disposition est simple : il s'applique sur le paquet vasculo-nerveux qui va former le cordon, et remontant sur une hauteur d'environ un centimètre, il se replie en dedans pour se continuer avec le feuillet pariétal.

Du côté externe, sa disposition est plus complexe ; à la hauteur de la queue et de la tête de l'épididyme qui sont fixées intimement au testicule, il passe directement de la glande sur l'épididyme. Mais à la hauteur de la partie moyenne de celui-ci, libre de toute connexion testiculaire en cet endroit, il s'engage entre le testicule et l'épididyme, jusqu'au voisinage du paquet vasculo-nerveux, se replie en dehors pour tapisser la face inférieure de l'épididyme, puis son bord externe et sa face supérieure, s'avance sur le cordon qu'il recouvre dans une étendue de quel-

ques milimètres, et, s'infléchissant en dehors, se continue enfin avec le feuillet pariétal.

Cette disposition dont la description paraît forcément un peu confuse, mais qui, sur le cadavre, se présente avec la plus grande netteté, nous montre bien que la portion moyenne de l'épididyme baigne pour ainsi dire toute entière dans la vaginale, sauf cependant au niveau de son bord interne où l'adossement des deux feuillets sus et sous-épididymaires forme un méso-testis ; le corps de l'organe peut être facilement écarté de la glande grâce au cul-de-sac interépididymo-testiculaire formé par la séreuse.

Ces connexions de l'épididyme et de la membrane séreuse permettent de concevoir *a priori* que la vaginale peut difficilement échapper à toute inflammation survenue dans l'organe qu'elle entoure si étroitement.

Gendrin (1) dès 1826, écrivait : « la participation constante du tissu cellulaire sous-séreux à l'inflammation des membranes peut expliquer comment la phlegmasie se propage... Lorsque le tissu cellulaire sous-séreux s'étend dans l'organe contigu et pénètre dans son épaisseur, on conçoit qu'il devienne moyen de communication de la phlegmasie ; tandis que la propagation de l'inflammation n'aura pas lieu toutes les fois que l'organe contigu sera d'une texture différente de celle du tissu cellulaire. » Il appliquait cette

1. *Loc. cit.*, tome I, p. 64.

loi générale à la vaginale et expliquait sa participation à l'inflammation de l'épididyme par cette disposition anatomique favorisant l'extension de la phlegmasie.

Cette théorie pathogénique de Gendrin a été admise par Monod et Terrillon et, pour eux, « la propagation facile de l'inflammation épидидymaire à la vaginale trouve une explication suffisante dans les connexions intimes qui existent entre la séreuse testiculaire et le tissu cellulo-grasieux péri-épididymaire, car le tissu cellulaire qui relie entre elles les flexuosités de l'épididyme est en relation directe avec celui qui double la vaginale » (1).

Reclus (2) accuse les lymphatiques : « les lymphatiques de l'albuginée, membrane d'enveloppe du testicule proprement dit n'ont aucune connexion avec les lymphatiques du feuillet viscéral de la vaginale. Les uns et les autres convergent vers l'épididyme par un trajet distinct, sans réseaux communs et sans anastomoses.... Cette indépendance singulière, ce défaut de solidarité est la cause de la neutralité du testicule, car la réaction inflammatoire est d'autant plus intense que les lymphatiques sont plus abondants et que les connexions sont plus étroites entre

1. Monod et Terrillon. *Traité des maladies du testicule et de ses annexes*. Paris, 1889, p. 133.

2. *Traité de Chirurgie* de Duplay et Reclus, tome VIII, p. 19.

les vaisseaux blancs des viscères et ceux de la séreuse. Au testicule, isolé par sa carapace albuginée, ces connexions sont nulles : nulle est aussi la réaction. Au niveau de l'épididyme, les capillaires séreux et les parenchymateux se mêlent et confluent : leurs mailles serrées se pénètrent et grâce à ces anastomoses, l'épididyme chaque fois qu'il est irrité, imprime à son feuillet séreux une activité remarquable ».

Les raisons données par les auteurs précédents ne paraissent point suffisantes à Sébilleau (1), pour qui, d'ailleurs, l'épididyme est un organe extra-vaginal, ne faisant saillie dans la cavité séreuse que par une petite partie de sa surface, étant même, dans quelques cas, complètement en dehors d'elle. Il estime que si les inflammations aiguës du testicule ne retentissent que peu ou point sur la vaginale, c'est la tunique albuginée et elle seule qui, servant de barrière à la phlegmasie, ne lui permet point d'atteindre la séreuse. Au contraire, l'épididyme dépourvu de cette carapace et dont la forme mince et allongée rend plus superficielle l'inflammation, laissera celle-ci retentir avec la plus grande facilité sur la vaginale.

Schwartz et Terrillon (2) avaient depuis longtemps

1. *Traité de Chirurgie* de Le Dentu et Delbet, tome IX, p. 854.

1. Contribution expérimentale à l'étude de la pathogénie de la vaginalite. *Gaz. Méd. de Paris*, 1879, p. 421.

apporté leur contribution à cette question pathogénique, par l'expérimentation sur le chien. Ils injectèrent d'abord dans l'épididyme par le canal déférent une solution de nitrate d'argent au dixième ou d'ammoniaque liquide, puis dans le parenchyme testiculaire les mêmes solutions, tout en prenant leurs précautions pour ne point introduire une seule goutte du liquide dans la cavité vaginale.

Ils constatèrent que, chaque fois que l'épididyme était atteint par la phlegmasie, celle-ci retentissait sur la vaginale, qui paraissait plus violemment enflammée au niveau de la queue épididymaire.

Les diverses variétés de vaginalite, séreuse, plastique, purulente furent observées par eux, et, d'une façon générale, il n'y avait point de rapport entre l'intensité de la phlegmasie de la séreuse et celle de l'organe.

L'inflammation du testicule, au contraire n'eut jamais de retentissement sur la séreuse, sauf dans les cas où une cavité purulente vint à s'ouvrir dans la vaginale.

Pour nous, cette question pathogénique semble pouvoir être résumée en quelques lignes : Peu importe, dans la maladie qui nous occupe, que ce soient les lésions de l'épididyme ou du testicule qui retentissent le plus facilement sur la séreuse ; un fait est certain : le testicule n'est presque jamais atteint par la phlegmasie dans la génitalite blen-

norrhagique : l'épididyme l'est toujours, et en premier lieu. L'anatomie nous fait voir les connexions de cet organe avec la séreuse qui le revêt et qui, subissant la loi commune à toutes les membranes de ce genre, devra participer à son inflammation.

Dans le chapitre bactériologie, nous dirons à quels microbes, doit être attribuée l'épididymo-vaginalite.

La blennorrhagie, envisagée comme maladie générale, peut être la cause d'une pleurésie. (1) Peut-être pourrait-elle, dans ces mêmes conditions, produire une vaginalite essentielle.

Mais nous n'avons pu trouver dans la littérature médicale un fait certain de ce genre et nous considérons la vaginalite aiguë blennorrhagique comme toujours secondaire à l'épididymite.

1. Faitout : la Pleurésie blennorrhagique. *Gaz. Méd. de Paris*, 1895, p. 471.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'épididymite blennorrhagique étant une maladie peu grave par elle-même, il va de soi que les cas d'autopsie en sont très rares. Il faut que le malade soit emporté par une maladie intercurrente pour que l'on puisse se rendre compte des lésions.

Ainsi que nous le disions dans notre Historique, c'est à Monteggia (1) (1804) que l'on doit le premier examen anatomo-pathologique : « la vaginale pariétale et l'albuginée du testicule étaient soudées sur une grande étendue. Là où existait encore, entre ces membranes enflammées et épaissies un reste de cavité vaginale, on trouvait dans les parties déclives un liquide jaune, purulent. Ces membranes enflammées étaient plus intimement unies qu'elles ne le sont à l'état sain. »

Gaussail (2) en 1831 eut l'occasion de faire trois autopsies, mais dans l'un de ses cas, il avait certainement affaire à un testicule tuberculeux avec coexistence de blennorrhagie chez ce malade. Dans les deux autres cas, les lésions étaient dues uniquement à l'infection blennorrhagique. Il vit à l'incision

1. Cité par Finger, *loc. cit.*, p. 280.

2. *Loc. cit.*

de la vaginale, s'écouler une certaine quantité de sérosité trouble, légèrement sanguinolente chez un de ses autopsiés.

Citons les autopsies dues à Marc Moreau, Reynaud, Rochoux, Velpeau, Marcé, Ricord, Godard, Curling, Hardy, Schepelern, Bougon.

En 1856, Michel Peter (1) publia l'observation d'un malade atteint d'épididymite blennorrhagique gauche, datant de vingt-deux jours et mort de péritonite généralisée. L'autopsie fut faite par Gosselin qui trouva : « à gauche les deux feuillets de la tunique vaginale réunis entre eux par des adhérences nombreuses, peu résistantes, qui cèdent facilement à la traction et qui, au niveau de la queue de l'épididyme, sont infiltrées de pus. En ce point, l'inflammation de l'épididyme est évidemment plus considérable et c'est également là que la vaginalite est le plus intense. Toute la surface pariétale et viscérale de la séreuse est rouge et l'on apprécie bien cette coloration en la comparant à celle de la séreuse du côté opposé. » Le malade avait été successivement dans les services de Velpeau et de Cruveilhier à l'hôpital de la Charité. On n'avait pas trouvé chez lui d'épanchement de la vaginale. Les lésions de cette membrane, découvertes à l'autopsie prouvent

3. *Union Méd.* 22 nov. 1856, p. 562.

le bien fondé de la théorie actuelle qui veut que la séreuse participe toujours à l'inflammation de l'épididyme.

Delaporte (1) décrit dans sa thèse inaugurale l'autopsie faite par Lannelongue d'un malade mort au septième jour d'une épididymite blennorrhagique, et dont l'hydrocèle aiguë avait été ponctionnée : « la tunique vaginale étant ouverte, on voit que son feuillet libre présente quelques concrétions fibrineuses et est le siège d'une injection évidente. Dans l'intérieur, se trouve un corps arrondi qu'au premier abord, on prendrait pour le testicule, mais en incisant, on voit que l'on a affaire à une fausse membrane; cette fausse membrane enveloppe en entier le testicule et l'épididyme. Elle est de couleur blanchâtre et présente des vaisseaux de nouvelle formation; son épaisseur va en augmentant de la partie antérieure à la partie postérieure où elle présente plus d'un millimètre d'épaisseur. Elle se continue le long du cordon en se confondant avec les tuniques qui l'enveloppent et le tissu cellulaire qui en réunit les différents éléments. Ces tuniques et ce tissu cellulaire sont tellement infiltrés de lymphé plastique que le cordon, immédiatement au-dessus de l'épididyme se présente sous la forme d'une masse rougeâtre, dure, compacte, de forme légèrement coni-

1. *Th.* Paris, 1866, p. 12.

que, dont la grosse extrémité située en bas présente plus de trois centimètres de diamètre. Cette grosse extrémité est évidée en forme de cupule et se continuant avec la fausse membrane précédemment décrite, forme une espèce de coque où se trouvaient renfermés le testicule et l'épididyme. »

Dans cette autopsie, une ponction ayant été faite dans le cours de la maladie, il n'y avait pas de liquide épanché dans la vaginale. Si la sérosité existe, elle peut, d'après Velpeau (1), former jusqu'à la moitié du volume de la tumeur, mais dans les cas moyens, elle en forme seulement le sixième ou le quart. La quantité la plus considérable qui ait été trouvée est cent grammes (autopsie de Bougon).

Ce liquide est presque toujours transparent, rarement trouble. Parfois il est incolore, mais généralement citrin. Dans la plupart des cas, inodore, il peut cependant présenter une odeur fade, quelquefois spermatique (2). Sa densité est à peu près égale à celle de l'eau (Clugnet). Sa réaction est le plus souvent alcaline, parfois légèrement acide (obs. XI).

Le caractère franchement inflammatoire de cette sérosité, longtemps nié, est indiscutable. Par le refroidissement, on obtient un léger dépôt floconneux en suspension dans les parties déclives. Ces

1. *Lec. or. de Clinique Chirurgicale de la Charité*, 1840. tome I, p. 239.

2. Clugnet, *Th.* Paris, 1878. p. 42.

flocons transparents sont dus à la coagulation spontanée de la fibrine, entraînant avec elle des globules blancs. La chaleur et l'acide nitrique provoquent aussi une abondante coagulation.

D'ailleurs l'analyse faite par Noël, interne du service d'Horteloup à l'Hôpital du Midi en 1874, donna les résultats suivants (1) :

Albumine	4 à 5
Fibrine	1,5 à 2
Eau	93 à 95 0/0

plus, de rares leucocytes, des sels en petites quantités, des phosphates ammoniaco-magnésiens et des globules sanguins, provenant de la piqûre.

Voici une analyse du liquide de l'Hydrocèle dite idiopathique, empruntée à Curling (2) :

Albumine	6,85
Sels	0,80
Matières non coagulables	1,10
Eau	91, 25 0/0

L'absence de fibrine différencie nettement ce liquide de celui épanché dans la vaginalite aiguë.

Lorsque la vaginalite séreuse se termine par résolution, les fausses membranes qui existent toujours et qui sont décrites dans les autopsies que nous avons citées, peuvent disparaître, sans laisser de

1. Zapata, *Th.* Paris, 1874.

2. *Loc. cit.* p. 97.

traces. Mais, parfois aussi, ces tissus deviennent plus solides et réalisent bientôt l'adhésion des deux feuillets de la vaginale. Celle-ci peut être oblitérée soit en totalité, soit en partie et, c'est dans ce dernier cas qu'une nouvelle épididymite pourra donner lieu à un épanchement partiel, cloisonné, n'occupant plus la totalité de la cavité séreuse.

Les lésions de la *vaginalite suppurée* ont pu être constatées sur le vivant, après large incision de la cavité purulente. Les parois de la vaginale sont épaissies, vascularisées et recouvertes de dépôts fibrineux abondants. Le contenu de la poche est composé soit par du pus épais, soit par de la sérosité floconneuse tenant en suspension des leucocytes.

La suppuration primitive du parenchyme testiculaire a été signalée quelquefois ; mais en général, le testicule est sain, du moins pendant les premiers jours, car dans les cas anciens de vaginalite suppurée, restés longtemps fistuleux, on peut voir survenir une perforation de l'albuginée et la suppuration secondaire du testicule.

Citons en terminant les recherches expérimentales de Malassez et Terrillon (1) qui provoquèrent l'épididymite chez le chien par des injections déféren-

1. Recherches expérimentales sur l'anatomie pathologique de l'épididymite. *Arch. Physiol.* 1880, p. 738.

tielles de nitrate d'argent au centième ou d'ammoniaque et virent, l'animal sacrifié, les lésions de la vaginale complètement identiques à celles trouvées dans les autopsies pratiquées chez l'homme.

BACTERIOLOGIE

L'examen bactériologique du liquide de l'hydrocèle aiguë, liée à l'épididymite blennorrhagique, a été fait plusieurs fois, avec des résultats différents.

Guyon et Janet (1), dix jours après le début de l'orchite, ne trouvèrent aucun microorganisme. Les cultures dans la gélatine, l'agar et le bouillon, restèrent absolument stériles. Le liquide de la ponction, porté à l'étuve à 37° resta transparent et ne cultiva pas.

M. Baermann (2), assistant du professeur Neisser, a obtenu un résultat négatif dans onze cas où la sérosité était transparente. Mais, toutes les fois qu'il eut affaire à un épanchement trouble ou purulent, il trouva le gonocoque.

Par contre, Horteloup (3), dès 1885, ayant fait recueillir du liquide d'hydrocèle aiguë blennorrhagique, dans son service de l'Hôpital du Midi, avait entrepris avec Jullien des recherches bactériologiques : il vérifia chaque fois la présence du gonocoque.

1. *Ann. des mal. des org. génito-urinaires*. 1889 p. 462.

2. Cité par R. Romme, in *Press. méd.* 17 octobre 1903, p. 730.

3. *Bull et Mém. de la Soc. de Chir.* 1885. p. 701.

Sébileau, dans le Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet, cite Walther Collan, comme ayant trouvé lui aussi ce microbe dans l'épanchement de l'épididymite blennorrhagique.

Dans un cas observé par Routier (1), le pus contenait aussi des gonocoques.

Grosz (2), hésitant à porter un diagnostic d'épididymite blennorrhagique, chez un tuberculeux, examina le pus que ramena la ponction et y trouva des gonocoques typiques.

Deux auteurs lyonnais, Eraud et Hugouenq (3), ontensemencé avec de la sérosité vaginale recueillie dans le cours d'une orchite blennorrhagique, des ballons de bouillon stérilisé. Ils recueillirent dès le lendemain, une culture pure d'un diplocoque de même forme apparente que le gonocoque, mais de dimensions un peu plus grandes.

Ce microbe n'était pas pyogène, ne liquéfiait pas la gélatine et ne passait pas dans le sang des cobayes auxquels ses cultures étaient inoculées. On ne pouvait le décolorer par la méthode de Roux-Gram ; enfin, il reproduisait l'orchite chez le chien.

De plus, ces auteurs trouvèrent dans l'urine et dans l'urèthre sain de jeunes gens de 14 à 18 ans,

1. *Méd. mod.* 1895. p. 453.

2. *Sem. méd.* 1897. p. 432.

3. *Soc. de Derm. et Syph.* 6 avril 1893. p. 362.

vierges de tout accident vénérien, un diplocoque analogue à celui que nous venons de décrire.

Ils retirèrent des cultures de l'un et de l'autre de ces deux microbes, une toxalbumine identique, qui reproduisit l'orchite chez le chien.

Ces microorganismes reçurent d'eux le nom d'orchiocoque.

L'aspect général de ce microorganisme et du gonocoque est identique ; mais l'orchiocoque est de dimensions plus grandes (1 μ environ). Le microscope ne suffit pas à les différencier, mais d'après Eraud et Hugounenq, l'examen des cultures ne laisserait aucun doute sur leur non identité.

La vitalité des colonies d'orchiocoque, cultivé sur agar, serait très grande, contrairement aux cultures de gonocoque, dont la vitalité est précaire.

L'orchiocoque se développerait sur tous les terrains, voire même la gélatine, le sérum du sang humain, alors que le gonocoque transporté sur gélatine, n'y vit pas.

D'après ses parrains, l'orchiocoque produirait également l'orchite ourlienne, et il suffirait d'un processus général — peptonurie — pour mettre le saprophyte uréthral en état de faire l'orchite.

Il est curieux qu'un microbe dont la présence serait constante dans les uréthres sains, comme dans les uréthres malades, n'ait pas été vu par d'autres

expérimentateurs, parmi les nombreux qui étudièrent le gonocoque.

Les recherches d'Eraud et Hugounenq n'ont pas été reprises et vérifiées jusqu'à ce jour. Mais nous croyons savoir que des travaux actuellement en cours, permettront bientôt, par des cultures sur des milieux nouveaux, l'identification définitive de l'orchiocoque au gonocoque.

Notre ami M. Rousseau, chef de laboratoire à l'Ecole de Pharmacie, a bien voulu se charger d'examiner bactériologiquement le liquide retiré par ponction du malade qui fait l'objet de l'observation XI. Nous le remercions de s'être mis si obligeamment à notre disposition.

Une pointe de feu avait été appliquée préalablement à l'endroit du scrotum où devait être enfoncée l'aiguille stérilisée.

Les cultures ont été faites sur un milieu spécial, inédit, (contenant des hydrates de carbone).

Au bout de 18 heures à l'étuve à 35°6, le milieu a trouble légèrement. En 24 heures, trouble de toute la masse.

A l'examen microscopique, on voit :

Un diplocoque encapsulé et ne prenant pas le Gram (gonocoque).

Un second diplocoque, de dimensions plus grandes, (1 μ environ) et ne prenant pas le Gram, et à qui

nous conserverons provisoirement le nom d'orchio-coque.

Si nous remontons aux expériences, où le gonocoque n'a pas été trouvé, nous devons nous demander si sa toxine suffit à produire la phlegmasie de la vaginale. Cela n'est pas douteux, et De Christmas (1) a bien montré les propriétés phlogogènes dont jouit la toxine gonococcique.

Mais les examens négatifs prouvent-ils que le microbe n'ait pas été présent au début de l'inflammation ? Le gonocoque ne pourrait-il mourir de la toxine qu'il secrète et ne permettre à celle-ci de mettre en œuvre ses propriétés phlogogènes que quand il a fini d'exercer les siennes ?

Les expériences de Wassermann (2), en montrant que, si l'on injecte dans le péritoine des souris un centimètre cube de culture gonococcique, on trouve dans la cavité abdominale des animaux en expérience un exsudat qui contient de nombreux gonocoques si la mort survient au bout de 24 heures, mais n'en renferme presque plus quand la mort ne se produit qu'au bout de deux ou trois jours, permettent de faire cette hypothèse.

Sébileau (3) pense que les choses se passent ainsi

1. *Press. méd.* 22 sept. 1897. p. 176.

2. *Press. méd.* 25 juin 1898. p. 339.

3. *Loc. cit.* t. X. p. 96.

pour la vaginalite avec épanchement : « le gonocoque y meurt rapidement, mettant en liberté, à mesure qu'il succombe et se détruit, la toxine que, de son vivant, il a fixée dans son corps cellulaire, obéissant à « cette loi générale que toute cellule vivante redoute la présence des produits de son activité nutritive ».

CYTOSCOPIE

L'examen cytologique du liquide de l'hydrocèle aiguë, accompagnant l'épididymite blennorrhagique, a été fait deux fois à notre connaissance.

Dans la séance du 22 déc. 1900 à la Société de Biologie, Vidal et Ravaut déclarent : « dans l'épanchement d'une vaginalite développée autour d'une orchite blennorrhagique, nous n'avons guère trouvé que des polynucléaires. »

Dopter et Tanton (1) examinèrent un autre cas : « les polynucléaires sont les éléments les plus nombreux, les lymphocytes et les gros mononucléaires sont rares ».

Aucun de ces auteurs n'indique malheureusement à quel jour de la maladie fut pratiquée la ponction.

Nous avons pu examiner cytoscopiquement huit épanchements, prélevés à des époques différentes de l'épididymite.

Voici quelle fut notre technique.

1. *Soc. Méd. des Hôp.* 12 juillet 1901.

Avant la ponction, on procédait à un nettoyage mécanique à l'alcool, sur le scrotum, au point qui devait être piqué.

Nous nous servions d'une seringue de Roux-Straus, stérilisée et dont l'aiguille était flambée.

Le liquide recueilli était immédiatement placé dans le centrifugeur, sans défibrination.

Après un quart d'heure de centrifugation, les éléments figurés formaient un culot suffisant pour l'examen. Nous décantions et ne laissions dans le tube que juste la quantité de liquide nécessaire pour diluer le culot.

Au moyen d'une pipette stérilisée, nous placions sur la lame de verre une goutte du dépôt dilué, que nous étendions avec un fil de platine promené circulairement.

Pour chaque liquide, la moitié des lames était fixée à l'alcool-éther, l'autre moitié au chloroforme.

Les lames étaient colorées, comme moyen de contrôle et pour faciliter l'étude de certains détails, les unes à l'éosine-hématéine, d'autres à l'éosine-bleu de méthylène ou à la thionine, les dernières au triacide d'Ehrlich.

Voici, résumés, les résultats que nous avons obtenus, les gros mononucléaires, rares dans la plupart des préparations, étant comptés avec les lymphocytes.

I. — P. Salle 10, lit 7. Ponction au huitième jour de

l'épididymite :

Polynucléaires, 4 pour cent.

Lymphocytes, 96 pour cent.

II. — D. Salle 10, lit 1. Ponction au neuvième jour :

Polynucléaires, 72 pour cent.

Lymphocytes, 28 pour cent.

III. — B. Salle 9 lit, 14. Ponction au 10^e jour.

Polynucléaires, 91 pour cent.

Lymphocytes, 9 pour cent.

IV. — B. (1) Salle 3, lit n° 4. Epididymite datant de 18 jours.

Polynucléaires, 4 pour cent.

Lymphocytes, 96 pour cent.

V. — M. Salle 11, lit 7. Ponction au 19^e jour.

On ne trouve que des Lymphocytes.

VI. — R. Salle 11, lit 17. Vingtième jour de la maladie.

Polynucléaires, 1 pour cent.

Lymphocytes, 99 pour cent.

VII. — F. Salle 9, lit 30. Ponction au 23^e jour.

Lymphocytose exclusive.

I. Ce malade appartient au service de M. Humbert, à l'Hôpital Cochin-Annexe. Nous avons eu l'occasion de ponctionner un autre malade de ce service porteur d'une vieille hydrocèle dite essentielle : nous n'avons trouvé à l'examen cytologique que des cellules endothéliales, souvent reliées entre elles par de fins prolongements.

VIII. P. Salle 10, lit 5. Ponction au 24^e jour.

Polynucléaires, 25 pour cent.

Lymphocytes, 75 pour cent.

Nous aurions voulu reponctionner quelques malades, à plusieurs jours d'intervalle. Mais à cause de la clientèle spéciale de l'hôpital Cochin-Ricord, cela nous a été impossible.

Si l'on jette un coup d'œil sur les résultats de nos examens, on verra qu'aucune loi ne régit l'apparition soit des lymphocytes soit des polynucléaires.

Il est certain que, pour chaque individu, la vaginale réagit différemment et qu'il est impossible de trouver une formule générale applicable à tous les épanchements de la vaginalite blennorrhagique.

Il ressort cependant de ces résultats, que la lymphocytose n'est pas toujours liée à l'ancienneté de l'épanchement et surtout qu'il ne faut pas voir en elle un caractère spécifique particulier.

SYMPTOMATOLOGIE

Parmi les symptômes bien connus de l'orchi-épididymite blennorrhagique, en est-il que l'on puisse attribuer en propre à la vaginalite concomitante et quelle part doit-on reconnaître à celle-ci dans l'ensemble symptomatique de la phlegmasie ?

A ce point de vue, une distinction bien nette doit être faite suivant que la vaginalite est plastique ou séreuse.

Toute épидидymite, avons-nous dit, s'accompagne d'un état inflammatoire de la vaginale. Lorsque l'on ne peut constater aucune trace d'épanchement, c'est-à-dire dans ce que l'on a appelé par comparaison avec certaines pleurésies la *vaginalite sèche*, ce n'est qu'à l'autopsie, occasion exceptionnellement rare, que l'on pourra déceler la participation de la séreuse. Il existerait cependant un signe permettant de reconnaître au début de la phlegmasie seulement l'inflammation de la vaginale. On aurait à la palpation, en faisant glisser le feuillet pariétal sur le feuillet viscéral (c'est-à-dire en imprimant artificiellement à la vaginale le mouvement que la respiration, par l'intermédiaire du poumon fait exécuter

à la plèvre) une sensation de crépitation neigeuse, surtout à la partie antérieure de la tumeur. Mais ce signe, dont tout le monde d'ailleurs s'accorde à reconnaître l'inconstance, est essentiellement fugace et nous devons avouer que nous ne l'avons pas rencontré une seule fois dans l'observation attentive et prévenue, de plus de cent cas d'épididymites sans épanchement appréciable. Et dans ce nombre cependant, figurent quelques cas survenus à l'hôpital, pour ainsi dire sous nos yeux et où nous avons pu par conséquent essayer de déceler ce signe dès les premières heures de l'inflammation, c'est-à-dire au moment où, paraît-il, on a les plus grandes chances de le rencontrer.

On est même allé plus loin : on a prétendu que, dans la vaginalite séreuse, on avait au début de la crépitation neigeuse, puis tous les signes de l'épanchement, et lorsque celui-ci se résorbait, la crépitation de Retour. Certes, cette symptomatologie nous paraît séduisante, mais il se pourrait fort qu'elle ne soit qu'une vue de l'esprit.

Nous croyons, avec les auteurs classiques, que ce signe de la crépitation neigeuse peut exister seulement dans les vaginalites créées par le chirurgien pour le traitement de l'hydrocèle par les injections irritantes.

Tout au plus, au déclin de la vaginalite plasti-

que, peut-on observer quelquefois le signe de Monod et Terrillon, dont nous parlons plus loin.

Lorsqu'il y a *vaginalite séreuse*, l'épanchement peut être ou non cliniquement appréciable. D'après la statistique classique de Sigmund, sur 1342 cas d'épididymite on aurait pu constater la vaginalite 1173 fois et non 856, comme lui font dire à tort quelques auteurs. D'après Ricord, elle serait appréciable 100 fois sur 500. Dans la thèse de Zapata (1), on lit que Rémy, interne de Horteloup la trouva 40 fois sur 61 épididymites et l'auteur 26 fois sur 92. Hardy déclare que l'épanchement est assez abondant pour être diagnostiqué, dans le tiers des cas.

En réalité, la vaginalite séreuse est beaucoup plus fréquente que ne l'enseigne la clinique. Velpeau qui, comme l'on sait, ponctionnait tous les malades atteints d'orchi-épididymite, affirme que la sérosité n'est absente que dans un cinquième des cas (2). Aubry (3) a examiné 80 malades et leur a fait une ou plusieurs ponctions le jour ou le lendemain de leur arrivée ; il constata l'épanchement 55 fois, plus ou moins abondant.

On estime en général à 10 ou 15 grammes la quantité de sérosité nécessaire pour que l'on puisse dia-

1. *Thèse de Paris* 1874.

2. In *Gaz. des Hop.* 1841, p. 539.

3. *Arch. gén. de Méd.* mai 1841, 3^e série, n° 11, p. 35

gnostiquer vaginalite séreuse. Dans combien de cas, ce chiffre sera-t-il atteint ? Cela doit dépendre des séries et l'on a pu voir que les observations de Ricord, Rémy, Zapata et Hardy diffèrent quelque peu. Quant aux résultats annoncés par Sigmund, ils nous paraissent véritablement exagérés, à moins qu'il ne témoignent que de l'habileté exceptionnelle du clinicien.

Quoi qu'il en soit, si nos moyens d'investigation ordinaires ne peuvent déceler le liquide épanché, la vaginalite séreuse passera inaperçue ; si, au contraire, la sérosité est assez abondante, à quelle époque pourra-t-on reconnaître sa présence ?

D'ordinaire, l'épanchement se produit assez rapidement ; lorsque les malades entrent à l'hôpital, c'est-à-dire en général vers le 2^e ou le 3^e jour de l'épididymite, l'hydrocèle aiguë est déjà à sa période d'état, du moins dans la presque totalité des cas. Il est très rare, en effet, que l'épanchement se produise de façon lente et mette plusieurs jours avant d'être appréciable. Quelquefois même, il se produit d'une manière brusque ; nous avons vu un cas de ce genre dans la clientèle privée. Il s'agissait d'un malade qui, vers le dixième jour d'un épидидymite blennorrhagique, d'allure bénigne et sans épanchement, entrée d'ailleurs à ce moment là de façon bien évidente dans la période de résolution (plus de douleur spontanée, très peu à la pression) se leva le soir et garda pendant une

grande partie de la nuit la station debout. Le lendemain matin, la vaginale était distendue par du liquide que l'on ne pouvait évaluer à moins de 50 à 60 grammes et la phlegmasie épидидymaire avait naturellement subi une grande recrudescence.

D'après Velpeau (1), l'épanchement peut se montrer vers la fin de la maladie. Pour notre part, chez tous les malades que nous avons examinés, chaque fois que l'épididymite devait s'accompagner de vaginalite séreuse, c'est dans les premiers jours de la maladie que nous avons constaté cette complication.

A l'inspection, selon la quantité de liquide épanché — et aussi bien entendu suivant le degré de la phlegmasie épидидymaire, — la bourse du côté malade paraît avoir doublé ou triplé de volume. La tumeur est en général ovoïde et peut atteindre la grosseur du poing. Les enveloppes scrotales, toujours atteintes par l'inflammation dans le cas d'épanchement abondant, sont rouges, luisantes, dépliées, œdémateuses. L'on peut souvent alors constater à la palpation des adhérences du scrotum avec la vaginale et cela, soit à la partie antérieure, soit, plus souvent encore à la partie postérieure. Pour Augagneur (2) même, l'adhérence à la queue de l'épididyme de la face profonde du scrotum existe toujours au cours de

(1) *Leçons orales de clinique chirurgicale de la Charité* 1840 tome I, p. 241.

2. *Lyon Méd.* 9 déc. 1894.

l'épididymite blennorrhagique pendant une dizaine de jours et ce signe n'appartiendrait donc pas exclusivement à la tuberculose du testicule.

Si l'épanchement est abondant, il ne faut pas compter pouvoir délimiter le testicule et l'épididyme. L'hydrocèle aiguë, jointe à l'œdème du scrotum, voile entièrement les contours de la glande et, seul, l'épididyme est accessible en arrière où l'on peut par la palpation se rendre compte de son état de tuméfaction.

Lorsque l'épididymite est bilatérale, il est rare, bien que le fait ait été vu par Ricord, Hardy, Monod et Terrillon, que les deux côtés soient atteints en même temps par l'inflammation. Il est même assez fréquent de voir la phlegmasie du côté primitivement malade s'atténuer rapidement lorsque l'autre épididyme se prend. Dans cette variété d'épididymite, la vaginalite peut, naturellement, être séreuse et se manifester à nous par ses signes propres. Il est cependant très rare — et cela par la raison que nous donnons plus haut — de constater la présence du liquide à la fois dans les deux vaginales ; on verra, dans nos observations, que chaque fois que nous avons ponctionné des malades atteints d'orchite double, nous n'avons jamais pu retirer de la sérosité que d'un seul côté.

Le signe pathognomonique de l'épanchement aigu de la vaginale est la fluctuation. Dès que le liquide

atteint ou dépasse une quinzaine de grammes, ce signe peut être mis en évidence.

Velpeau (1), reprochait à Rochoux et à ses partisans de croire à l'existence constante d'un épanchement appréciable dans la vaginale, trompés qu'ils étaient par la sensation de fluctuation que peut donner le testicule à un observateur peu exercé. Il est certain que la recherche de la fluctuation est parfois assez délicate. L'exploration est souvent difficile, parfois même impossible, à cause des souffrances qu'elle cause au malade dans quelques cas, et il faut un certain degré d'habitude pour arriver à éliminer la cause d'erreur que signale Velpeau. On aura la certitude de l'existence d'un épanchement par le choc que reçoit le doigt arrivé à la rencontre du testicule après avoir chassé devant lui une certaine couche de liquide.

Le procédé généralement employé, pour rechercher la fluctuation, consiste à saisir de la main gauche en supination la bourse du côté atteint et la comprimer légèrement d'arrière en avant, de façon à repousser vers la face antérieure la plus grande quantité possible de liquide. Puis, avec la pulpe d'un doigt de l'autre main, il faut déprimer assez brusquement, mais sans violence, la paroi antérieure de la tumeur. On sent nettement alors, si le liquide

1. *Leç. or. de clinique chir.* t., I, p. 239.

existe, le doigt, après avoir déplacé cette sérosité plus ou moins abondante, être arrêté par une partie plus résistante, la glande génitale. En même temps, les doigts de la main gauche sont légèrement soulevés par le liquide ainsi chassé.

Si une distension trop grande de la vaginale empêche le déplacement du liquide, on a alors la sensation de rénitence que présente le testicule sain. C'est dans ces cas que Ricord (1) conseillait d'exercer une pression superficielle sur la partie antérieure de la tumeur, qui déterminera une douleur complètement différente de celle que fait sentir le testicule du côté opposé examiné comparativement.

Dans les cas d'inversion testiculaire, on sentira en avant la tuméfaction de l'épididyme et c'est à la face postérieure qu'il faudra rechercher la fluctuation.

Rencontre-t-on toujours dans l'hydrocèle aiguë ce signe qui ne fait jamais défaut dans l'hydrocèle dite essentielle, si la vaginale n'est pas trop épaissie, la transparence ? La plupart des auteurs font mention de ce signe, mais sans indiquer sa fréquence. D'après Velpeau, on l'observerait jusque vers le septième jour, si l'épanchement est abondant. Disons d'abord que cette condition nous paraît nécessaire ; mais elle n'est pas suffisante. Nous croyons en effet avec Clugnet (2) que la transparence sera difficile à obte-

1. Addition à la Traduction de Hunter, p. 98.

2. Th. Paris 1878.

nir si les enveloppes du testicule participent à la phlegmasie, ce qui arrive dans la plupart des cas où l'inflammation est violente, condition presque toujours nécessaire pour qu'il y ait épanchement abondant. D'autre part, l'existence fréquente de fausses membranes est une raison de plus pour empêcher le passage des rayons lumineux.

Nous avons recherché ce signe sur tous les malades présentant de l'hydrocèle aiguë, en tâchant de nous placer dans les meilleures conditions possibles. La tumeur était énucléée, ainsi qu'on le recommande pour faire cette exploration, et nous regardions au moyen du stéthoscope les divers points de la masse enflammée, dont le pôle opposé était éclairé artificiellement. Nous nous servions pour cet éclairage d'une lampe électrique de poche dont l'ampoule, placée dans une cavité, affleurait à peine par son sommet la face supérieure de l'appareil. On pouvait donc sans aucune crainte de douleur ou de brûlure approcher cette lampe du scrotum et l'appliquer sur lui de telle façon qu'aucun rayon lumineux ne soit perdu.

Une seule fois, nous avons pu constater la transparence, et cependant chez plusieurs de nos malades, une ponction ultérieure ramena une quantité très appréciable de liquide transparent.

Quelle est dans l'élément douleur, la part prise par la vaginalite ? Il est certain que des orchio-épidy-

tes sont très douloureuses, qui ne sont accompagnées d'aucun épanchement appréciable. D'un autre côté, nous pouvons affirmer qu'il est rare que l'épididymite avec hydrocèle aiguë abondante ne soit pas très douloureuse.

Dans ce cas, la douleur spontanée, vive et persistante est en général anxieuse, parfois syncopale. Elle ressemble alors à celle que fait naître la compression du testicule, et peut s'accompagner d'irradiations que Mauriac a longuement décrites dans son *Etude sur les névralgies réflexes symptomatiques de l'orchi-épididymite blennorrhagique* (1). La rachialgie est fréquente, mais la douleur s'irradie aussi, bien souvent, suivant le trajet du nerf crural, du sciatique, ou du grand abdomino-génital. Gosselin a isolé une forme particulière, douloureuse, qu'il a appelée orchi-épididymite névralgique et qui se fait remarquer par sa ténacité et sa persistance, même après la disparition des symptômes inflammatoires.

Cette violence de la douleur est-elle due à ce fait qu'un épanchement abondant de la vaginale coexiste souvent avec une épididymite très intense et par conséquent très douloureuse, ou faut-il l'attribuer à l'hydrocèle aiguë elle-même ? Pour un certain nombre d'auteurs, la compression du testicule par la sérosité considérable épanchée dans la vaginale distendue serait la cause presque unique de la douleur dont

1. *Gaz. Méd. de Paris*, 1869 et 1870.

l'intensité suivrait la même progression que l'abondance du liquide.

On en voudrait voir la preuve dans ce fait que la ponction, dans bien des cas, soulage la douleur d'une façon immédiate. Fournier (1) aurait vu des souffrances atroces, avec angoisse, vomissements, syncope, causées par la compression, disparaître comme par enchantement par le seul fait de l'évacuation du liquide. Monod et Terrillon (2) parlent d'accidents de pseudo-étranglements — le testicule étant en position normale — qui ne pouvaient guère être mis que sur le compte d'une distension exagérée de la vaginale agissant sur le parenchyme testiculaire, car ils cessèrent après la ponction, au moment de laquelle le liquide sortit violemment sous forme de jet.

Montanier (3) cite un cas où, la ponction ayant été suivie d'une hémorrhagie abondante, lorsqu'il voulait pratiquer la compression au niveau de la plaie, le malade, par le fait du sang qui s'épanchait alors dans la vaginale, accusait dans le testicule et le long du cordon des douleurs intolérables qui cessaient dès que la compression était interrompue.

Ainsi, il est bien certain que, dans nombre de cas, l'épanchement abondant exagère la douleur, mais

1. Article blennorrhagie du *Dict. de Méd. et Chir. pratiques*.

2. *Loc. cit.* p. 339.

3. *Gaz, Hop.* 6 mars 1858, p. 106.

celle-ci est souvent indépendante de la vaginalite séreuse, ne fut-ce que les rares fois où il y a véritablement orchite. Gosselin (1) rapporte un cas où le testicule n'était ni gonflé, ni douloureux à la pression et où, malgré la ponction, la douleur spontanée continua pendant plusieurs jours.

Mauriac, dans l'important travail que nous avons cité quelques lignes plus haut, ne fait jouer à la vaginalite qu'un rôle bien moins important qu'à l'épididymite dans la production des névralgies réflexes.

Il est difficile de déterminer la part de la vaginalite dans la production des symptômes généraux qui accompagnent l'épididymite. Nous ne pouvons que répéter ce que nous venons de dire à propos de la douleur.

Nous n'avons pas à faire ici le diagnostic de l'épididymite blennorrhagique et des autres lésions du testicule ou de l'épididyme pouvant simuler cette affection. La vaginalite séreuse sera reconnue d'après les signes que nous venons de passer en revue : fluctuation surtout, quelquefois transparence et généralement chaleur et rougeur du scrotum, avec douleur vive et lancinante pouvant s'irradier.

Lorsque le testicule n'est pas descendu dans les bourses, il n'en est pas moins sujet à l'épididymo-vaginalite blennorrhagique. Et même, d'après

1. *Clin. chir.* p. 376.

Ledouble (1), dans le cas de propagation de l'infection uréthrale à l'appareil génital, si un testicule est en ectopie, c'est presque toujours du côté où siège cette malformation, que l'orchite se développera. Dans l'ectopie inguinale, ce qui est le cas le plus fréquent, le pronostic sera bien différent selon que le conduit vagino-péritonéal persiste ou est oblitéré. Dans cette seconde hypothèse, l'inflammation reste bénigne. D'après Reclus (2), la péritonite est presque fatale lorsque le conduit vagino-péritonéal est perméable et aussi dans le cas d'ectopie pelvienne.

L'épanchement de la vaginale est à son maximum, dans la plupart des cas, vers le troisième ou le quatrième jour. Il peut disparaître brusquement (Ricord), mais en général, et si aucune ponction n'a été pratiquée, il diminue peu à peu, suivant l'évolution de l'épididymite elle-même. Le plus souvent, il est impossible, vers le vingtième jour de le décélér par les moyens ordinaires d'exploration clinique. On cite cependant des cas où vers le quarantième jour, il était encore appréciable ; nous ne faisons pas allusion ici à sa transformation possible en hydrocèle permanente ; mais comme une hydrocèle aiguë volumineuse est liée bien souvent à une épididymite grave, la durée de celle-ci atteint alors cinquante à soixante jours.

1. *Ann. de Derm. et Syph.* 1880 p. 131.

2. *Loc. cit.* p. 108.

En tout cas, qu'elle soit rapide ou lente, la résorption de l'épanchement est la règle. Il est rare que l'on assiste à la transformation de la vaginalite séreuse en hydrocèle vulgaire, réclamant alors un traitement chirurgical, car loin de se résorber, elle ne ferait qu'aller en augmentant. Presque toujours, la résolution étant complète, la sérosité et les fausses membranes disparaissent sans laisser de traces. Cependant, ces dernières peuvent persister, aboutissant à de simples adhérences : une vaginalite plastique chronique sera constituée. C'est alors que l'on pourra trouver le signe sur lequel insistent Monod et Terrillon : « A l'état normal, lorsqu'on cherche à saisir entre le pouce et l'index la partie antérieure du testicule, celui-ci fuit devant la pression, et l'on ne conserve sous le doigt que les enveloppes scrotales, parmi lesquelles le feuillet pariétal de la vaginale, dont la présence ne se révèle par aucune sensation particulière. Lorsqu'on répète l'expérience sur une vaginale qui a été enflammée, on ne pourra plus, si des adhérences se sont produites, détacher du testicule, par la même manœuvre, les couches qui sont immédiatement en contact avec lui ; ou, si l'on y parvient, l'augmentation de volume et de densité des parties, qui seront ainsi saisies, permettra de reconnaître l'épaississement qu'a subi la membrane ». (1).

1. Monod et Terrillon, *Traité des maladies du testicule*, p. 143.

Ajoutons que ces fausses membranes, parcourues par des vaisseaux néoformés à paroi fragile, pourront plus tard être le point de départ d'une hématocele de la vaginale.

Les cas de *vaginalite suppurée*, d'origine exclusivement blennorrhagique, sont très rares. C'est ordinairement chez les débiles, les vieux prostatiques affaiblis que se produit cette complication, qui est certainement plus fréquente dans les cas d'épididymite survenant à la suite de manœuvres sur l'urèthre ou sur la vessie. Ce sont des cas de ce genre que rapporte Gosselin (1). Une observation de vaginalite blennorrhagique terminée par suppuration est consignée dans la thèse de Mickaniewsky (2). D'autres faits ont été publiés par Venot (3), Eraud (4); Ricord en vit deux cas qui se terminèrent par la mort (5).

Le passage à la suppuration s'annonce par la recrudescence, après une période de calme, des phénomènes généraux. On remarque en particulier une fièvre vive, à exaspération vespérale, de l'accélération du pouls, des sueurs, des frissons; on voit survenir des troubles gastriques, et bientôt des symp-

1. *Clin. chir.* p. 392.

2. *Th. de Paris* 1879, p. 36.

3. *Gaz. méd. de Bordeaux*, 1880, p. 400.

4. *Ann. de Derm. et de Syph.* 1892. p. 164.

5. Hardy. *Loc. cit.* p. 37.

tômes adynamiques. Localement, la peau du scrotum devient en un point plus rouge, même violacée et plus tendue ; elle est chaude, oedématisée. Le toucher, le moindre frottement deviennent insupportables, ainsi d'ailleurs que la position verticale. Dans les cas où la transparence existait, elle disparaît. Bientôt, la peau, au niveau où elle avait rougi, s'amincit et il apparaît une bosselure avec fluctuation superficielle : la vaginale a été perforée. Si l'on n'intervient pas, l'abcès s'ouvre spontanément et des fistules persisteront, donnant une suppuration fétide et sanieuse.

Généralement, le testicule apparaît sain dans l'orifice de la plaie, mais il peut être atteint secondairement et alors l'albuginée perforée donnera issue aux tubes séminifères. On cite quelques cas de suppuration primitive du testicule, qui peut vider son pus dans la séreuse.

La vaginalite suppurée n'aura pas de conséquence grave si l'intervention est large et hâtive ; il faut éviter la stagnation du pus dans les parties déclives et, par un pansement approprié, la hernie du testicule. On obtient par ce moyen la guérison en six semaines.

La vaginalite, dans la plupart des cas, n'aggrave pas le pronostic de l'épididymite blennorrhagique. Cependant, pour certains auteurs, des adhérences étendues pourraient avoir un retentissement sur l'état du parenchyme de la glande et amener cet état

d'*anémie testiculaire* ayant la stérilité pour résultat (Gosselin). Mais, Reclus (1) combat cette théorie, et d'après lui, les lésions scléreuses du testicule sont consécutives uniquement aux lésions de l'épididyme.

1. *Loc. cit.* p. 52.

TRAITEMENT

LA PONCTION

Le traitement de la vaginalite aiguë se confond avec celui de l'orchi-épididymite. Ce serait sortir du cadre de cette modeste étude que de passer ici en revue les nombreuses médications tant internes qu'externes mises en œuvre contre cette affection. Nous voudrions seulement dire quelques mots d'un moyen thérapeutique dirigé surtout contre la vaginalite séreuse et qui, pour un certain nombre d'auteurs, serait indiqué dans les cas où l'épanchement est abondant : nous voulons parler de l'évacuation du liquide.

Comme beaucoup d'autres, c'est au hasard que ce mode de traitement est dû. On discutait un jour à l'hôpital de la Charité, au lit d'un malade atteint d'épididymo-vaginalite pour savoir dans quelle proportion se trouvait le liquide épanché. Poussé à bout par un confrère qui prétendait que celui-ci formait la presque totalité de la tuméfaction, Velpeau — après bien des hésitations — plongea hardiment la lancette dans le scrotum pour trancher le débat. Le

lendemain, voyant que le malade, au lieu de souffrir davantage, se trouvait soulagé, il fut encouragé à renouveler cette expérience. Bientôt, il crut s'apercevoir que cette opération bénigne accélérât la guérison, en même temps qu'elle supprimait ou diminuait la douleur, même dans les cas où il n'y avait pas de liquide.

Il résolut, en conséquence, d'employer la ponction non plus comme moyen explorateur, mais comme moyen curatif.

Sa technique était simple : « Pour faire ces mouchetures, le chirurgien embrasse mollement toute la partie gonflée au-dessous et par les côtés, avec la main gauche, de telle sorte que le pouce et l'index refoulent jusqu'à un certain point la tunique vaginale en avant, comme pour la tendre, en faisant remonter le liquide qu'elle contient sur la face antérieure du testicule. De la main droite, armée d'une lancette à grain d'avoine, tenue comme une plume, il ponctionne la partie libre de la tumeur ou celle qui est le plus évidemment fluctuante, par un coup sec porté perpendiculairement sur un, deux, trois ou quatre points de la région circonscrite par les doigts de la main gauche, et l'opération est terminée ». (1)

Puis, il procédait au nettoyage de scrotum et

(1) Velpeau : Article hydrocèle aiguë du *Dictionnaire en 30 volumes*.

appliquait sur les bourses un cataplasme de farine de lin. Le lendemain ou le surlendemain, on pratiquait une ou deux mouchetures nouvelles si un peu de sérosité s'était épanchée de nouveau dans la vaginale, ce qui était très fréquent. Dans quelques rares cas, on y revenait chaque matin pendant trois ou quatre jours.

Vidal (de Cassis) (1) perfectionna cette méthode et recommanda, après avoir pénétré dans la séreuse, d'imprimer à l'instrument un mouvement de demi-rotation pour faciliter l'issue du liquide, et de ne retirer la lancette qu'après l'évacuation complète. Mais, croyant à l'existence, pour ainsi dire constante, de l'orchite parenchymateuse, il ne tarda pas à trouver les mouchetures insuffisantes et fit ce qu'il appela le *débridement du testicule*.

Sa méthode consistait à faire avec une lancette une ponction de la tunique albuginée d'une étendue de un centimètre et demi environ. Cette ponction, sans être plus douloureuse que l'ouverture de la vaginale, était d'après lui, d'une complète innocuité et soulageait beaucoup plus manifestement le malade.

Si nous avons cité ici ce moyen thérapeutique c'est que nous croyons avec Gosselin (2) que, le plus

1. *Loc. cit.*, p. 454.

2. Note de la Traduction du *Traité des maladies du testicule* de Curling, p. 315.

souvent, l'albuginée ne devait pas être ouverte et que les malades voyaient surtout leurs douleurs diminuer par le fait de l'écoulement du liquide, comme dans la ponction simple.

Il est certain cependant que l'albuginée fut incisée quelques fois. Et c'est précisément dans ces conditions que cette méthode, très en honneur d'abord, donna de graves mécomptes à ses partisans. On ne tarda pas en effet à signaler à la suite de son emploi des cas de suppuration, de fungus du testicule et même de gangrène. Cogombles (1) rapporte qu'il en vit un cas « à l'Hôpital Saint-Eloi de Montpellier, alors qu'un chirurgien habile voulut expérimenter le moyen proposé par Vidal ». Demarquay (1858), Hardy (1860), Beaunis (1870) font connaître de graves accidents survenus à la suite du débridement. Salleron, séduit par les brillants résultats annoncés par Vidal — plus de quatre cents malades opérés et guérissants accident — employa cette méthode sur deux malades et assista à la fonte du testicule. « Une dizaine de jours après, la glande était complètement vidée et réduite à une coque formée par la tunique fibreuse qui s'était rétractée, et ne formait plus qu'une petite tumeur de la grosseur d'une aveline. » (2)

Dès lors, cette méthode avait vécu. Elle n'avait

1. *Thèse de Paris*, 1858, p. 38.

2. *Arch. Gén. de Méd.*, 1870, 6^e série, tome XV, p. 163.

d'ailleurs plus sa raison d'être, puisque l'on avait appris que le testicule est très rarement intéressé dans l'épididymo-vaginalite blennorrhagique.

La ponction de Velpeau subsista, au contraire, car on ne put relever contre elle des accidents aussi graves. Cependant on mit à sa charge un cas d'hématocèle du scrotum (1) et Jullien vit la présence ignorée d'une hernie entraîner la mort chez un jeune homme dont l'intestin fut perforé.

Pour Ricord, on doit évacuer l'épanchement de la vaginale, quelle que soit la période de la maladie à laquelle on est arrivé (2).

Rollet, sans toutefois la rejeter, déclare qu'elle n'a pas une influence aussi prononcée que le disait Velpeau sur la marche de la maladie (3).

Gosselin (4), tout en croyant aussi qu'elle n'accélérait pas la guérison, lui reconnaissait le pouvoir de soulager le plus souvent les malades et la réservait pour les orchites douloureuses. Mais, accusant la lancette de faire une ouverture trop large, exposant facilement à l'hémorragie et à la suppuration ; il se

1. Marchal de Calvi et Diday, cités par Jullien, in *Traité des maladies vénériennes*, p. 135.

2. Note de la Traduction du *Traité des mal. vénériennes* de Hunter p. 169.

3. *Traité des mal. vénériennes*, 1865 p. 335.

4. *Clin. Chirurgicale de la Charité*, 2. éd. 1876 tome II p. 375.

servait d'un ténotome pointu et recommandait, pour éviter l'infiltration du liquide dans le tissu cellulaire du scrotum, de tenir la tumeur bien tendue, dans la même position jusqu'à ce que l'évacuation soit complète.

Nélaton et Horteloup (1) ponctionnaient chaque fois que l'épanchement était appréciable et plongeaient profondément la lancette « environ à la réunion du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de la tumeur. C'est là où se trouve le plus ordinairement l'épanchement. »

De nos jours, les chirurgiens qui pensent que la douleur est causée par la distension trop grande de la vaginale, ponctionnent la séreuse. Certains font ensuite la compression qui, sans cela, eut été inefficace. Mais, pour cette petite opération, il est préférable d'avoir recours, plutôt qu'à la lancette, à l'aiguille flambée d'un aspirateur ou d'une seringue, après une soigneuse antisepsie de la région. On supprime de ce fait toute possibilité de suppuration de la vaginale et tout accident grave. La piqure possible du testicule est, en effet, sans inconvénient ; quant à l'hémorrhagie et la transformation de la vaginalite en hématocele, ce ne sont que des complications tout à fait exceptionnelles.

1. *Eléments de Pathologie Chirurgicale*, de Nélaton 2^e éd., revue par Horteloup, tome VI, p. 467.

Bien entendu, la fluctuation aura été à l'avance bien constatée, et dans les cas d'inversion du testicule, la piqûre se fera en arrière, où siège l'épanchement.

Pour nous, la seule indication formelle de la ponction est fournie par la persistance du liquide dans la séreuse, sans tendance à la résolution spontanée. Cependant, dans les cas d'orchite très douloureuse, si l'on croit que la cause des souffrances intolérables réside dans la trop grande distension de la vaginale par la sérosité, on sera autorisé à ponctionner. Nous croyons devoir ajouter qu'il nous a été permis de voir assez souvent, même dans des cas où l'épanchement était abondant, l'application de pointes de feu sur le trajet du cordon, soulager presque instantanément le malade, par la disparition des douleurs.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

D..... Auguste, 21 ans, cannier.

Entré le 29 septembre 1903, à l'hôpital Cochin-Annexe, service de M. Renault. Salle 10, lit n° 1.

Ce malade qui ne présente rien de particulier dans ses antécédents, examinés surtout aux points de vue syphilis et tuberculose, a eu une première blennorrhagie, il y a deux ans. Elle dura un mois et fut traitée par des injections de permanganate de potasse. L'écoulement avait complètement disparu et le malade déclare qu'il ne persistait même pas une goutte matinale.

Il y a deux mois, nouvelle atteinte blennorrhagique, même traitement.

L'écoulement était presque tari, lorsque vers le 21 septembre D... ressentit de la douleur dans l'aîne gauche ; le testicule de ce côté ne tarda pas à devenir douloureux et pesant. Le malade quitta son travail et resta au repos chez lui. Mais la tuméfaction et la douleur persistant huit jours après, il se décide à rentrer à l'hôpital.

29 septembre. — Le jour de son entrée, la douleur spontanée siège à l'aîne et s'irradie aux lombes.

Le testicule est peu douloureux, mais la rachialgie est assez intense. La réaction générale est modérée : pas de fièvre, légère céphalalgie.

L'expression du canal amène une goutte blanchâtre au méat.

La bourse, du côté gauche est tuméfiée, son volume a doublé. La peau du scrotum présente une teinte rosée ; elle est peu dépliée et légèrement chaude.

La douleur au toucher n'étant pas très aiguë, on peut se rendre un compte exact de l'état des parties. L'épididyme n'est guère augmenté de volume qu'à la hauteur de sa queue. Le testicule est normal et peut être délimité assez facilement. A la partie antérieure de la tumeur, on sent nettement l'existence de liquide épanché dans la vaginale, pouvant être évalué à environ 25 à 30 grammes.

Le canal déférent est peu augmenté de volume, mais participe manifestement à la phlegmasie ; il est douloureux à la pression. Pas de péri-déférentite.

La bourse du côté opposé ne présente rien d'anormal.

Aucune douleur n'est perçue, ni aucun autre signe de spermato-cystite, au toucher rectal.

30 septembre. — L'état du malade n'a pas changé. On pratique une ponction exploratrice, qui ramène deux centimètres cubes de liquide citrin, légèrement trouble.

(Traitement : Repos absolu au lit, les bourses relevées par une planchette. Cataplasmes de farine de lin).

2 octobre. — La rachialgie a disparu. La douleur à la pression est moins vive.

7 octobre. — Le gonflement a diminué ; on trouve cependant encore trace de l'épanchement.

10 octobre. — L'épanchement a complètement disparu, mais l'épididyme est encore gros et la douleur de l'aîne persiste.

11 octobre. — Le malade sort, sur sa demande, non guéri.

L'examen cytologique a montré une proportion de : Polynucléaires 72 pour cent ; lymphocytes 28 pour cent. (Ponction au neuvième jour de la maladie).

OBSERVATION II .

M... Léon, 20 ans, journalier.

Entré le 18 septembre à l'hôpital Cochin-Annexe. Salle 9, n° 32.

Rien à signaler comme antécédents personnels.

Première blennorrhagie il y a quinze mois, traitée par le copahu. Dura trois mois ; puis goutte militaire.

Il y a deux mois et demi, recrudescence aiguë de l'urétrite gonococcique. Traitement santal, injections de sulfate de zinc.

Le 3 septembre, à la suite d'une course à bicyclette de 70 kilomètres, M... s'aperçoit que son testicule gauche est devenu pesant et douloureux, en même temps que son écoulement diminue. Il continue à travailler pendant une quin-

zaine de jours, mais ne pouvant plus marcher, il rentre à l'hôpital.

18 septembre. — Douleurs spontanées très violentes du côté de la bourse malade, avec irradiation dans l'aîne et rachialgie. Etat général légèrement fébrile ; céphalalgie, soif vive, anorexie, langue saburrale.

La bourse du côté gauche est trois fois plus volumineuse que celle du côté opposé. La peau du scrotum est rouge, luisante, déplissée, sillonnée de veines très apparentes, chaude et douloureuse au toucher. A la face postérieure, adhérence avec la queue de l'épididyme. Celui-ci est gros, dans toute son étendue, induré, sans nodosités. La palpation est trop douloureuse pour que l'on puisse délimiter nettement le testicule, d'ailleurs voilé par un épanchement assez abondant.

Le canal déférent ne peut être senti dans le cordon qui est augmenté de volume, uniformément jusqu'à l'orifice inguinal.

Traitement : Repos absolu au lit avec planchette échan-crée ; cataplasmes de farine de lin.

23 septembre. — L'épididymite, au lieu de marcher vers la résolution est plus douloureuse. Un sachet de glace est appliqué sur le scrotum.

24 septembre. — Les douleurs augmentant encore, on applique des pointes de feu sur le trajet du cordon, du côté gauche.

25 septembre. — Le malade a été très soulagé. Il a dormi et la douleur spontanée a presque disparu.

29 septembre. — Le gonflement a diminué, mais l'épan-

chement est assez appréciable encore et la douleur à la pression subsiste.

30 septembre. — Le malade sort sur sa demande, non-guéri.

OBSERVATION III

R. . . Emile, 33 ans, mégissier.

Entré le 11 septembre 1903 à l'Hôpital Cochin-Annexe. Salle 11, lit n° 17.

Ce malade a eu, il y a huit ans, un chancre induré. Il ne présente aucun signe de tuberculose.

Sa blennorrhagie remonte à quatre ans. Elle fut traitée par des injections de permanganate de potasse et resta un mois à l'état aigu. Depuis, le malade constate chaque matin une goutte uréthrale, surtout abondante à la suite d'excès.

Au mois de mai 1903, il fut atteint d'épididymite gauche et entra à l'hôpital Cochin-Annexe, salle 1 où il séjourna huit jours. Il sortit avant la guérison complète.

Vers les premiers jours de septembre, son testicule redevient douloureux ; il cessa son travail et resta couché chez lui. Les souffrances augmentant, il entre à l'hôpital.

12 septembre. — Douleur spontanée occupant le testicule gauche et l'aîne. Anorexie et légère céphalalgie. Pollutions nocturnes.

La peau du scrotum, du côté atteint, est rouge, déplissée,

chaude. La tumeur a une forme nettement ovoïde et atteint à peu près la dimension du poing. A la palpation, très douloureuse, on ne sent nettement que la partie postérieure de l'épididyme, qui est très augmenté de volume dans toute son étendue et induré. Il n'a pas d'adhérence avec la peau du scrotum. Le cordon est violemment atteint par la phlegmasie : il présente une dureté ligneuse et sa grosseur atteint environ celle du pouce. Son trajet se dessine nettement dans le canal inguinal.

A la partie antérieure du scrotum, fluctuation évidente ; la vaginale est très distendue et l'on a presque la sensation de rénitence.

Le toucher rectal fait voir une sensibilité exagérée de la vésicule séminale gauche, mais sans augmentation de volume.

24 septembre. — L'état du malade est peu amélioré ; on pratique une ponction exploratrice qui ramène environ trois centimètres cubes d'un liquide citrin, transparent.

28 septembre. — Légère amélioration.

30 septembre. — Le malade sort, sur sa demande, non guéri.

L'examen cytoscopique de la sérosité retirée par la ponction, vers le vingtième jour de la maladie ne montre guère que des lymphocytes.

OBSERVATION IV

B... Georges, 25 ans, charpentier.

Entré à l'hôpital Cochin-Annexe le 11 septembre 1903.
Salle 10, lit 17.

Première blennorrhagie, à l'âge de dix-sept ans. Deuxième atteinte à vingt et un ans, pendant son service militaire, avec complication d'épididymite gauche et cystite. Il entre à l'hôpital militaire de Versailles, où l'on s'aperçoit de l'existence d'un rétrécissement. — Bénéqués.

Depuis, persistance du rétrécissement et goutte militaire.

Le 4 septembre, il ressent des douleurs dans le testicule gauche et la bourse de ce côté augmente de volume. Il reste chez lui une semaine et rentre à l'hôpital.

12 septembre. — Douleur très vive, avec rachialgie et crises névralgiques. Mauvais état général: fièvre vive, anorexie, embarras gastrique.

Le scrotum, du côté gauche, est rouge, luisant, déplissé, œdématié. Tumeur lisse, ovoïde, dans laquelle il est impossible de délimiter l'épididyme du testicule. La forme classique de l'épididyme en cimier de casque est très nette. La fluctuation est évidente. Funiculite et spermato-cystite.

24 septembre. — Le gonflement a diminué, mais non parallèlement à la douleur qui persiste, aussi violente qu'au premier jour.

Une ponction exploratrice ne ramène qu'un quart de centimètre cube de liquide séro-sanguinolent, insuffisant pour faire l'examen cytologique.

12 octobre. — Le volume de la bourse gauche a beaucoup diminué. Mais l'épididyme, encore tuméfié, surtout vers la queue, est toujours douloureux.

23 octobre. — Le malade sort, sur sa demande, non guéri.

OBSERVATION V

L... Eugène, 26 ans, étireur.

Entré à l'hôpital Cochin-Annexe, le 15 septembre 1903.
Salle 10, lit 4.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires ni personnels, au point de vue syphilis ou tuberculose.

L... eut sa première blennorrhagie il y a un an. Elle dura environ un mois, puis passa à l'état chronique et quatre à cinq semaines après, le malade eut une épididymite à droite. Il entra à l'hôpital et sortit douze jours après, guéri dit-il.

Vers le milieu du mois d'août 1903, il fut atteint de nouveau par la blennorrhagie, qui, quinze jours après, se compliquait d'une deuxième épididymite à droite. Il rentre le 1^{er} septembre à l'hôpital Cochin-Annexe, dans le service de M. Renault, et le 12 septembre, sort, sur sa demande, non guéri.

Deux jours après, une rechute survient, et il rentre de nouveau dans le service.

16 septembre. — Douleur spontanée et à la pression, vive surtout dans l'aîne. La bourse du côté droit est tuméfiée, mais

l'hydrocèle étant très peu abondante, on sent nettement que l'épididyme prend seul part à la phlegmasie, le testicule, ayant son volume normal et n'étant pas très douloureux à la pression.

Légère funiculite.

Ce malade est hypospade. Il urine par une fente linéaire, perpendiculaire à la direction du canal de l'urèthre, et d'une longueur d'un demi-centimètre environ. Cette fente se trouve environ à deux centimètres de l'extrémité libre du gland, qui présente un méat non perforé.

A cet orifice, nous recueillons du pus blennorrhagique et l'examen microscopique montre d'abondants gonocoques.

1^{er} octobre. — L'état du malade est stationnaire. On ne peut retirer du liquide par une ponction capillaire.

8 octobre. — L... sort, sur sa demande, non guéri.

OBSERVATION VI

P... Emmanuel, 20 ans, imprimeur.

Entré le 8 septembre à l'hôpital Cochin. — Annexe. Salle 10, lit 5.

La blennorrhagie actuelle de ce malade est la première. Elle débuta vers les premiers jours d'août. P... fit des injections de permanganate de potasse, mais l'écoulement ne tarit point et, vers le 5 septembre, il ressentit de violentes douleurs dans l'aîne, puis dans le testicule et bientôt après, ses bourses se tuméfièrent.

Le 8 septembre. — A son entrée à l'hôpital, la bourse du côté droit est doublée de volume : Les enveloppes scrotales participent à l'inflammation. Un épanchement appréciable est dans la vaginale. L'épididyme est très augmenté de volume, sans nodosités ; le testicule, bien que l'on ne puisse le délimiter exactement, semble ne pas être augmenté de volume. Déférentite, mais pas de funiculite.

La réaction générale est modérée, quoique la douleur spontanée soit assez vive.

D'abondants gonocoques sont trouvés dans l'écoulement uréthral.

29 septembre. — Les douleurs spontanées ont presque disparu, mais on sent encore un léger épanchement vaginal. Une ponction capillaire est pratiquée.

30 septembre. — Le malade sort, sur sa demande, non guéri.

Examen cytoscopique, pratiqué au 24^e jour de l'épididymite : Polynucléaires : 25 pour cent ; Lymphocytes : 75 pour cent.

OBSERVATION VII

B... Jules, 37 ans, ébéniste.

Entré dans le service du Docteur Renault, le 25 septembre 1903. Salle 9, lit 14.

Pas de syphilis, ni de tuberculose.

Première blennorrhagie à vingt ans, dura un mois. Deuxième atteinte, en 1888, au régiment ; entre à l'infirmierie ; récidive quelque temps après.

La blennorrhagie actuelle serait donc la quatrième.

Elle débuta il y a six semaines, et le malade fit des injections d'eau boricuée.

Un mois après, l'écoulement persistant toujours, B... ressentit des douleurs dans l'aine, puis dans le testicule gauche. Il resta une dizaine de jours chez lui, sans autre traitement que le repos, et son état ne s'améliorant point, il rentre à l'hôpital.

26 septembre. — Douleurs spontanées et à la pression occupant uniquement l'aine et la bourse du côté gauche. Etat général bon.

Epididyme en cimier de casque ; le testicule, quoique voilé par un léger épanchement, ne paraît pas augmenté de volume.

Le cordon, induré, à la grosseur du médius.

27 septembre. — Ponction exploratrice qui ramène environ deux centimètres cubes de liquide séro-sanguinolent.

10 octobre. — Le malade, amélioré, mais non guéri, sort sur sa demande.

La numération des éléments figurés du liquide retiré par la ponction au dixième jour, donne comme résultat : Polynucléaires 91 pour cent : lymphocytes 9 pour cent.

OBSERVATION VIII

P... Joseph, 19 ans, élève en pharmacie.

Entré le 6 octobre 1903, à l'hôpital Cochin-Annexe.

Salle 10, lit n° 7.

Ce malade n'a pas d'antécédents syphilitiques ou tuberculeux. Sa première blennorrhagie — actuelle — débuta vers le premier septembre 1903. Traitement : opiat. Un mois après, et sans aucun traumatisme, P... sentit son testicule gauche devenir douloureux, et vit apparaître une tuméfaction de la bourse de ce côté. Après six jours de repos chez lui, il entre à l'hôpital.

7 octobre. — La douleur testiculaire s'irradie dans l'aîne.

Anorexie, embarras gastrique, léger état de dépression surtout morale.

Epididymite classique avec participation du canal déférent et légère hydrocèle.

Traitement : Repos absolu au lit avec planchette soutenant les bourses. Cataplasmes de farine de lin.

8 octobre. — Ponction exploratrice. On retire de deux à trois centimètres cubes de liquide citrin, transparent, à réaction nettement alcaline.

10 octobre. — Moins de gonflement ; l'hydrocèle persiste.

19 octobre. — Plus de douleur spontanée, mais douleur à la pression surtout à la queue épидидymaire.

L'épanchement a disparu.

22 octobre. — Le malade sort, sur sa demande, non guéri.

Prédominance manifeste des lymphocytes dans le liquide retiré par ponction au huitième jour de l'épididymite.

OBSERVATION IX

M... Louis, 20 ans, garçon marchand de vins.

Entré à l'hôpital Cochin-Annexe, le 22 septembre 1903.

Salle 11, lit n° 7.

Rien à signaler dans les antécédents.

La blennorrhagie actuelle est la première. Elle débuta vers le 10 septembre. Le malade ne fit aucun traitement avant son entrée à l'hôpital, le 22 septembre.

24 septembre. — Une épидидymite classique se déclare à gauche.

L'écoulement diminue.

26 septembre. — L'épididyme droit, se prend à son tour : les bourses des deux côtés sont tuméfiées, la peau du scrotum est rouge, luisante, complètement déplissée.

Peu de déférentite. Douleur uniquement scrotale.

Fluctuation des deux côtés.

30 septembre. — L'épididymite gauche est en résolution, mais les douleurs du côté droit sont si violentes qu'elles nécessitent une application de pointes de feu sur le trajet du cordon de ce côté.

On constate la transparence du côté droit.

3 octobre. — Une ponction exploratrice ne ramène rien du côté gauche ; on retire de la vaginale droite un centimètre cube de liquide citrin, légèrement sanguinolent.

19 octobre. — Encore un peu d'épanchement du côté droit.

23 octobre. — Le malade n'a plus aucune douleur à la pression, mais il conserve de chaque côté, une induration de la queue épидидymaire. Il reste en traitement pour la blennorrhagie.

L'examen cytologique du liquide retiré par la ponction, au 19^e jour de l'épididymite ne montre que des lymphocytes.

OBSERVATION X

F... Joseph, 17 ans, sommelier.

Entré à l'hôpital Cochin-Annexe, le 25 septembre 1903.

Salle 9, lit n° 30.

Aucun signe de syphilis ou de tuberculose.

Sa première blennorrhagie fut traitée à l'hôpital Beaujon durant une quinzaine de jours, au mois de janvier 1903.

Une deuxième atteinte, vers le 1^{er} septembre, fut traitée par un pharmacien : vers le 10 de ce mois, une épididymite gauche se déclare, puis une dizaine de jours après, le côté droit participe à la phlegmasie ; le malade entre à l'hôpital atteint d'orchite double.

26 septembre — L'épididymite et la funiculite qui existent des deux côtés, sont surtout marquées à droite. La douleur est si violente de ce côté qu'elle nécessite l'application de pointes de feu le long du cordon.

3 octobre. — La maladie, qui prend le type d'épididymite à bascule, est plus marquée à gauche.

Une ponction exploratrice faite dans le testicule droit, où la palpation ne faisait d'ailleurs point reconnaître de liquide, ne donne aucun résultat.

Du côté gauche, on retire un centimètre cube de liquide trouble.

19 octobre — Plus de douleur spontanée. La funiculite est très marquée à gauche.

30 octobre. — Le malade sort, ne conservant que l'induration de la queue de l'épididyme, des deux côtés.

Examen cytologique, au 23^e jour : uniquement lymphocytose.

OBSERVATION XI

C... Edouard, garçon marchand de vins, 21 ans.

Entré le 4 octobre, dans le service de M. Alex. Renault, Salle 11, lit n° 1.

Rien dans les antécédents, au point de vue syphilis ou tuberculose.

La blennorrhagie actuelle est la première et remonte au 6 septembre 1903. Traitement : injections d'eau ordinaire. Le 2 octobre, début de l'épididymite gauche, par de la douleur testiculaire. Le malade rentre à l'hôpital le surlendemain.

5 octobre. — Epididymite classique, en cimier de casque ; funiculite et léger épanchement de la vaginale. Traitement ; repos absolu au lit, une planchette relevant la bourse malade, cataplasmes de farine de lin.

11 octobre. — L'épididymite gauche, qui n'avait d'ailleurs jamais été très douloureuse est en voie de résolution. Mais le côté droit devient à son tour le siège de l'inflammation.

12 octobre. — Une ponction est pratiquée du côté droit, après application préalable d'une pointe de feu, dans le but de faire l'examen bactériologique du liquide.

19 octobre. — Plus rien du côté gauche. Le côté droit est encore très douloureux.

23 octobre. — L'épididymite droite est en voie de résolution : mais le cordon est énorme et très douloureux.

L'écoulement urétral persiste.

30 octobre. — Le malade est très amélioré.

Induration de la queue épидидymaire, des deux côtés.

Le liquide retiré par la ponction n'étant pas en quantité suffisante pour être centrifugé, on l'examine microscopiquement : on ne trouve que d'abondants lymphocytes et de rares polynucléaires.

Ce liquide albumineux était de réaction légèrement acide.

OBSERVATION XII (1)

R. . . âgé de 23 ans, de forte constitution et de santé excellente : pas d'impaludisme, pas d'alcoolisme.

Première blennorrhagie au mois de septembre 1898, compliquée d'épididymite gauche et non guérie, le malade étant parti faire son volontariat. Revu dans le courant de l'année 1889, il présentait toujours une goutte, tantôt séro-blanchâtre, tantôt séro-gommeuse.

1. N'ayant pas eu l'occasion de voir l'épididymite blennorrhagique se terminer par la suppuration, terminaison d'ailleurs exceptionnelle, nous avons emprunté un fait de ce genre à Eraud, qui le rapporte in *Ann. de Derm. et de Syph.* 1892, p. 164.

Le 5 août dernier (1891). vient me consulter pour un chancre large, parcheminé, du reste avec pléiade bi-inguinale très marquée. Il présente en même temps un écoulement urétral abondant, séro-purulent avec douleur en urinant mais sans augmentation du nombre des mictions.

26 août. — Le chancre s'est nettement induré. Le diagnostic est donc : chancre syphilitique et blennorrhagie, ou plutôt recrudescence de l'écoulement ancien.

1^{er} septembre. — L'écoulement est devenu fort abondant, jaunâtre, épais. Légères douleurs à la miction mais nulle après. Il pisse un premier fond très trouble et les autres verres à peine louches. (Traitement : une pilule de Dupuytren par jour, opiat et injections de liqueur de Van Swieten.

17 septembre. — Sort d'un embarras gastrique fébrile qui lui a duré quatre à six jours, et à la suite duquel il a gardé un léger état de langueur et de faiblesse.

Il coule toujours beaucoup.

22 septembre. — Est toujours dans un état de malaise général, de pâleur marquée ; les forces ne reviennent que lentement. L'écoulement est moins abondant, tend à devenir séro-blanchâtre. Urines troubles dans le premier fond et dans les autres verres.

29 septembre. — Revient avec une orchite survenue à gauche, c'est-à-dire du même côté que celle qui était survenue précédemment. Déjà, lors de la dernière visite, je constatai une tuméfaction inflammatoire, douloureuse à la pression, intéressant la queue de l'épididyme gauche.

Le 8 octobre. L'orchite est grosse et dépasse le volume des

orchites en général. (Traitement : onctions avec une pommade iodurée).

Le 10, la tuméfaction s'est encore accentuée. Frissonnements légers. Le malade éprouve des élancements intermittents, mais douloureux dans la région testiculaire.

Le scrotum est énorme, très tendu, empâté et conserve l'empreinte du doigt. Je constate en outre de la fluctuation.

Le 12. L'ouverture du foyer purulent, menaçant de se produire spontanément, je me propose de l'ouvrir.

Après avoir lavé au sublimé la région malade, j'incise et après avoir rempli deux pipettes stérilisées, je recueille le pus dans un ballon Pasteur également stérilisé, pus granuleux et jaunâtre. J'ai ensuite ouvert largement le foyer pour donner un libre écoulement au pus. J'ai pu reconnaître que le foyer était limité à la vaginale et que le testicule, bien que peut-être gonflé, n'était nullement touché par la suppuration. (Peut-être pourrait-on objecter que nous étions ici en présence d'un syphilome épididymaire aigu ou subaigu ? Mais on sait que le syphilome se distingue de l'épididymite blennorrhagique par quelques particularités : tout d'abord la prédominance initiale de la lésion dans la tête, s'effectuant simultanément en général des deux côtés, et en deuxième lieu, l'absence de toute adhérence avec les bourses, lesquelles ne prennent aucune part au processus). Donc, rien de syphilitique, car les deux épididymes sont sains, en tant que localisation du virus, à cette époque de la syphilis qui date de deux mois et demi au plus.

Le 27. Plaie de l'orchite à peu près complètement guérie ; le noyau épididymaire est encore gros, empâté, mais à peine

douloureux. L'écoulement urétral ne semble pas être revenu.

15 novembre. — Plaie de l'orchite guérie. Le noyau épидидymaire persiste seul.

15 décembre. — Plus d'écoulement, soit vu par le malade ; soit constatable à l'examen. N'a pas uriné depuis trois heures. Urine un fond et deux verres très clairs. Le noyau épидидymaire persiste à gauche. Le testicule correspondant est pourtant plus sensible à la pression que celui du côté sain. (La syphilis continue à évoluer avec son cortège de plaques muqueuses, localisées surtout à la gorge).

CONCLUSIONS

I. La vaginale, comme toute séreuse, participe à l'inflammation des organes qu'elle enveloppe.

II. L'épididymite, complication fréquente de la blennorrhagie, s'accompagnera donc toujours de vaginalite.

Mais celle-ci ne sera cliniquement apparente que lorsque le liquide épanché sera en quantité appréciable.

III. Dans la majorité des cas, mais non toujours, un épanchement abondant est lié à une épididymite grave et de longue durée.

IV. La terminaison par résolution, avec parfois adhérences consécutives ou formation de néomembranes, est la règle ; la suppuration, l'exception.

V. Les micro-organismes rencontrés dans la vaginalite séreuse blennorrhagique sont le gonocoque et l'orchiocoque.

VI. Nos recherches ne nous ont pas permis d'établir une formule cytologique s'appliquant à tous les cas d'hydrocèle aiguë blennorrhagique.

Sur chaque individu, la vaginale réagit différemment et nous avons pu voir l'affluence, tantôt des lymphocytes, tantôt des polynucléaires.

La lymphocytose n'est pas toujours un caractère

d'ancienneté de l'épanchement ; il ne faut pas voir surtout en elle un caractère spécifique particulier.

VII. Dans les épидidymo-vaginalites douloureuses, si l'on croit que les souffrances intolérables ont pour cause la trop grande distension de la vaginale par la sérosité épanchée, on pourra pratiquer une ponction, en se conformant à l'asepsie la plus rigoureuse.

Vu : le Président de la thèse,

TERRIER

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- ALLIEZ. — *Th.* Paris, 1876.
- ARROU. — Chirurgie de l'appareil génital de l'homme. Paris 1901.
- AUBRY. — *Arch. gén. de Méd.*, mai 1841 ; 3^e série, n^o XI ; p. 24.
- AUDRY. — Précis des maladies blennorrhagiques, Paris, 1894.
- AUGAGNEUR. — *Lyon Méd.*, 9 déc. 1894.
- AUGAGNEUR ET MOLLIÈRE. — Article testicule du *Dict. Encycl. des sciences médicales*, t. XVI, 1886.
- BACHELOT. — *Th.* Paris, 1859.
- BELL (Benjamin). — Traité de la gonorrhée virulente et de la maladie vénérienne. Traduct. Bosquillon, 1802, t. II ; p. 434.
- BLANDIN. — *Presse Méd.*, 1837, p. 342.
- BULLETIN de l'Académie de Médecine, 1837-1838, t. II ; p. 506.
- DE CHRISTMAS. — *Presse Méd.*, 22 sept. 1897, p. 176.
- CLUGNET. — *Th.* Paris, 1878.
- COGOMBLES. — *Th.* Paris, 1858, p. 38.
- COOPER (Astley). — Œuvres chirurgicales. Traduct. Chassaignac et Richelot, 1835, p. 431.
- CURLING. — Traité pratique des maladies du testicule. Traduct. Gosselin, 1857, p. 227.
- DELAPORTE. — *Th.* Paris, 1886.
- DEMARQUAY. — *Bulletin de therap.*, 1858, t. LV, p. 549.

- DESROUELLES. — Traité pratique des maladies vénériennes. 1836.
p. 558.
- DIDAY. — La pratique des maladies vénériennes. Paris, 1886.
- DOPTER ET TANTON. — Note sur l'examen cytologique des
épanchements. *Soc. méd. hôp.*, 12 juillet 1901.
- ERAUD. — *Ann. dermat. et syph.*, 1892, p. 164.
- ERAUD ET HUGOUNENQ. — Recherches bactériologiques et chi-
miques sur la pathogénie de l'orchite blennorrhagi-
que. *Ann. dermat. et syph.*, 6 avril 1893, p. 362.
- FAITOUT. — La pleurésie blennorrhagique. *Gaz. Méd. de Paris*,
1895, p. 471.
- FINGER. — La blennorrhagie et ses complications. Traduct.
Hogge, 1894, p. 280.
- FONSECA. — *Soc. Biol.*, 23 juillet 1898, p. 781.
- FOURNIER. — Article blennorrhagie du *Nouveau Dict. de Méd.
et de Chir. pratiques*, 1866.
- FRANCOU. — *Th.* Paris, 1877.
- FURBRINGER. — Traité des maladies des organes génito-urinaï-
res. Traduct. Hartmann. Paris, 1892, t. II, p. 556.
- GAUSSAIL. — *Arch. gén. de Méd.*, 1831, t. XXVII, p. 199.
- GENDRIN. — Histoire anatomique des inflammations, 1826, t. I,
p. 70 et 144.
- GODARD. — *Gaz. Méd. de Paris*, 1856, p. 294.
- GOSSELIN. — Clin. chir. de l'hôpital de la Charité; 2^e éd. 1876,
t. II, p. 392.
- Note de la Traduction du « Traité des maladies du
testicule » de Curling, p. 315.

- GOSSELIN ET WALTHER. — Article Testicule du *Nouveau Dict. de Méd. et Chir. pratiques*, t. XXXV.
- GROSZ. — *Sem. Méd.*, 1897, p. 432.
- GUIARD. — Les complications de la blennorrhagie chez l'homme. Paris, 1898.
- GUYON ET JANET. — *Ann. des Mal. des Org. génito-urinaires* 1889, p. 462.
- GUYOT. — *Th.* Paris, 1856.
- HARDY. — *Th.* Paris, 1860.
- HORTELOUP. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 28 oct. 1885, p. 701.
- J. HUNTER. — *Traité de la maladie vénérienne*. Traduct. Richelot avec notes et additions de Ricord, 3^e éd. 1859, p. 91.
- JULLIEN. — *Traité des maladies vénériennes*, 1886, p. 117.
- LABBÉ (M.). — *Le cyto-diagnostic*. Paris, 1903.
- LEDOUBLE. — De l'orchite blennorrhagique dans les cas de hernie inguinale. *Ann. Derm. et Syph.*, 1880, p. 130.
- LESSER. — *Traité des affections vénériennes*, Traduct. Bayet. Paris, 1892.
- MACAIGNE ET VANVERTS. — *Ann. des Mal. des Org. génito-urinaires*, 1896, p. 673.
- MALASSEZ ET TERRILLON. — *Recherches expérimentales sur l'anatomie pathologique de l'épididymite*. *Arch. physiol.*, 1880, p. 738.

- MAURIAC. — Etude sur les névralgies réflexes symptomatiques de l'orchi-épididymite blennorrhagique. *Gaz. Méd. de Paris*, 1869 et 1870.
- MAZOYER. — *Th.* Paris, 1856.
- MICKANIEWSKY. — *Th.* Paris, 1879.
- MONDELET. — *Th.* Paris, 1857.
- MONOD ET TERRILLON. — Traité des maladies du testicule et de ses annexes. Paris. 1889.
- MONTANIER. — *Gaz. Hop.*, mars 1858, p. 106.
- NÉLATON. — Eléments de pathologie chirurgicale, 2^e éd. revue par Horteloup, t. VI, p. 467.
- PATELLA. — *Gaz. Hop.*, 1902, p. 717.
- PETER (Michel). — *Union Méd.*, 22 nov. 1856, p. 562.
- PETIT (J.-L.). — Œuvres complètes (Bibliothèque chirurgicale). Paris, 1837, p. 726.
- POTT (Percival). — Œuvres chirurgicales. Traduct. de M...., 1777, p. 94.
- RAMOS DE FONSECA. — *Th.* Paris, 1876.
- RECLUS. — Traité de chirurgie de Duplay et Reclus, t. VIII, p. 17 et 125.
- REGNAULT. — *Gaz. Hop.*, 30 juillet 1892, p. 817.
- RICORD. — Notes et additions à la traduc. du « Traité des maladies vénériennes » de Hunter, p. 95 et 163.
- ROBERT (Melchior). — Nouveau Traité des maladies vénériennes, 1861, p. 217.
- ROCHOUX. — *Arch. gén. de méd.*, 2^e série, t. II, 1833, p. 51.
- ROLLET. — Traité des maladies vénériennes, 1865.

ROLLET (Et.). — *Sem. Méd.*, 16 mai 1894, p. 229.

ROMME (R.). — *Press. Méd.*, 17 oct. 1903, p. 730.

SALLERON. — *Arch. gén. de méd.* 6^e série, t. XV, 1870, p. 163.

SCHEPELERN (cité par Finger). — Hosp. Fidende, Copenhague,
1871. N^o 11.

SCHWARTZ ET TERRILLON. — *Gaz. Méd. de Paris*, 1879, p. 421.

SÉBILEAU. — *Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet*, t. IX
et X.

SÉE (Marcel). — *Th.* Paris, 1896.

SOUPLET. — *Th.* Paris, 1893.

SWEDIAUR. — *Traité complet des maladies vénériennes ou syphilitiques*, 5^e éd. 1805, p. 108.

VALNOT. — *Th.* Paris, 1876.

VELPEAU. — *Press. Méd.*, 13 mars 1837.

— Article Hydrocèle aiguë du *Dict. en 30 vol.*

— Leçons orales de clinique chirurgicale de la Charité,
1840, t. I, p. 239.

VENOT. — *Gaz. Méd. de Bordeaux*, 1880, p. 400.

VIDAL (de Cassis). — *Traité de pathologie externe*, 1846, t. V,
p. 451.

WASSERMANN. — *Press. Méd.*, 25 juin 1898, p. 339.

WIDAL ET RAVAUT. — *Soc. Biol.*, 22 déc. 1900, p. 1117.

ZAPATA. — *Th.* Paris, 1874.

TABLE

	Pages
Introduction.	7
Historique.	9
Etiologie et pathogénie.	17
Anatomie pathologique	28
Bactériologie.	35
Cytoscopie	41
Symptomatologie	45
Traitement	62
Observations.	69
Conclusions.	87
Bibliographie	89